Stratégies de réaménagement

Réforme globale des soins de longue durée en Ontario

Ontario

Ministère des Services sociaux et communautaires — Charles Beer, Ministre

Ministère de la Santé — Elinor Caplan, Ministre

Office des personnes âgées — Gilles Morin, Ministre

Office des personnes handicapées — Shirley Collins, Ministre

90-06229/

Préface

Le présent document est destiné à tous ceux qui s'intéressent à la réforme des soins de longue durée, notamment les fournisseurs de services, les utilisateurs et les défenseurs.

On peut se procurer ce document en anglais et en français à la librairie du gouvernement de l'Ontario, au 880, rue Bay, ou en écrivant à l'adresse suivante :

Publications Ontario
880, rue Bay
5e étage
Toronto (Ontario)
M7A 1N8

ou encore en composant le :
326-5300 (à Toronto)
1-800-668-9938 (ailleurs en Ontario)

Le grand public pourra se procurer une brochure exposant brièvement à son intention la réforme des soins de longue durée dans divers bureaux du ministère des Services sociaux et communautaires, du ministère de la Santé, de l'Office des personnes handicapées et de l'Office des personnes âgées.

This document is also available in English.

©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1990
ISBN 0-7729-7137-4
2M/5/90
Réimpression 3M/6/90

Table des matières

Première partie: Introduction à la réforme 1

Objet du document 4
Les soins de longue durée: situation actuelle 5
Pourquoi une réforme maintenant? 6
Recommandations au gouvernement de l'Ontario 10
Le processus de la réforme 11
La portée de la réforme 12
Aspects essentiels de la réforme 13
Principes de la réforme 15

Deuxième partie: Stratégies pour un nouveau système de services 17

Stratégie 1: La coordination de l'accès aux services 22

Stratégie 2: Intégration et consolidation des services à domicile 30

Stratégie 3: Amélioration des services de soutien communautaires 35

Stratégie 4: Établissement de modalités équitables et souples de financement des services communautaires 39

Stratégie 5: Définition des rapports avec les services spécialisés 43

Stratégie 6: Amélioration du soutien aux soignants informels 45

Stratégie 7: Réforme des établissements de soins de longue durée 50

- Coordonner et gérer l'accès aux établissements de soins de longue durée par l'entremise de l'organisme d'accès aux services.
- Instituer une politique de financement des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées qui tienne compte des besoins des pensionnaires en matière de soins.

- Établir un système de classification fiable pour mesurer les besoins des pensionnaires en matière de soins.
- Établir des normes cohérentes de responsabilité fonctionnelle pour les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.
- Établir des normes à jour et cohérentes en matière de prestation des programmes à l'intention des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées.
- Examiner le rôle et les responsabilités des soins aux malades chroniques.

Stratégie 8: Introduction d'une politique équilibrée de participation aux frais par paiements conjoints 63

Troisième partie: Stratégies pour la gestion du système 69

Stratégie 9: Création d'un service intégré et décentralisé de gestion 71

Stratégie 10: Assurer une participation locale aux services de planification 74

Conséquences sur le plan des ressources humaines 77

Législation 81

Quatrième partie: Les prochaines étapes 85

Annexes 91

Annexe I: Tableau des services actuels 93

Annexe II: Liste des stratégies et des sujets pour discussion 101

Annexe III: Références 103

Première partie: Introduction à la réforme

Première partie: Introduction à la réforme

L'objectif primordial d'une réforme des soins de longue durée est de promouvoir le bien-être des résidents de l'Ontario grâce à un système cohérent et bien géré de soins et services de soutien communautaires.

Une réforme complète des services de soutien et de soins de longue durée est en voie de réalisation en Ontario. En juin 1989, le gouvernement de la province a annoncé, dans le cadre de cette réforme, son intention d'élaborer un système coordonné de services qui réponde aux besoins des personnes souffrant d'une perte d'autonomie reliée à un handicap physique ou au vieillissement.

L'objet principal de la réforme est de constituer un système de services qui soit cohérent et intégré sur la base des services existants, c'est-à-dire les soins à domicile, les services de soutien communautaires et les soins de longue durée en établissement. Il s'agit en fait de coordonner:

- l'accès aux services et à l'information;
- un programme intégré de soins et de services de soutien à domicile;
- la planification de soins de longue durée en établissement (maisons de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées et établissements de soins de longue durée);
- un système amélioré de services de soutien communautaires.

Le succès de la réforme repose sur la participation des utilisateurs, de leur famille et de leurs amis, de leurs défenseurs, des bénévoles et des fournisseurs de services.

On mettra l'accent sur les services communautaires pour favoriser l'autonomie et permettre aux personnes de vivre dans leur propre foyer et leur propre collectivité.

Un élément essentiel de la réforme est le fait que l'Ontario a déjà de nombreux éléments qui constituent un bon système de services de soutien et de soins de longue durée. La réforme s'appuie sur les points forts et les aptitudes que possèdent les services sociaux et des soins de santé satisfaisants. Le présent document renferme les stratégies visant à élaborer un système plus cohérent à partir des services existants.

Objet du document

L'objet de ce document est double. *En premier lieu, il énonce les orientations stratégiques* d'une réforme des services de soutien et de soins de longue durée dans la province. Ces orientations stratégiques tiennent compte de la politique officielle du gouvernement de l'Ontario et décrivent les éléments essentiels, en matière de services et de gestion, d'un système réformé des soins de longue durée.

En second lieu, ce document fournit un cadre pour les discussions qui se déroulent au sein des collectivités. Il précise des aspects de la réforme qui exigeront un supplément de discussion, de consultation et de planification communautaire. Le succès de la réforme repose sur la participation des utilisateurs, de leur famille et de leurs amis, de leurs défenseurs, des bénévoles et des fournisseurs de services à la consultation et à la planification communautaires qui suivront la distribution de ce document.

Chacun est invité à déterminer, pour sa part, comment il est possible d'appliquer ces orientations et stratégies en matière de service aux collectivités ontariennes. La réforme des services de soutien et de soins de longue durée de l'Ontario demandera des années de travail en collaboration. Il faut s'attendre à relever des défis considérables aux niveaux

local, régional et provincial. La collaboration étroite de tous les intéressés contribuera, toutefois, à créer un meilleur système de services pour tous.

La première étape de la réforme consiste à préciser les stratégies qui fourniront les éléments essentiels d'un bon système de soins et de services de soutien communautaires. Il est question de ces stratégies dans la deuxième partie de ce document. La deuxième étape consiste à créer des systèmes de gestion qui faciliteront la prestation de services de qualité supérieure, bien coordonnés et respectueux des budgets, en même temps qu'ils optimiseront la responsabilité fonctionnelle au sein du système de services. Les dispositifs requis pour gérer le système réformé sont exposés dans la troisième partie.

Les soins de longue durée : situation actuelle

Par l'expression «soins de longue durée», on entend une gamme de soins de santé et de services de soutien communautaires et personnels requis, de façon périodique ou permanente, par des personnes qui, par suite d'un handicap physique ou du vieillissement, ont besoin d'aide pour vivre de la façon la plus autonome possible. Les soins de longue durée sont dispensés par toutes sortes de fournisseurs de services : organismes à but lucratif ou non, organismes bénévoles, hôpitaux, petits programmes qui procurent des repas ou des visites amicales et grands établissements qui dispensent des soins et des traitements personnels.

Les soins de longue durée constituent un assortiment complexe de services plus ou moins structurés. Le système structuré, soit les services financés par l'État, englobe les soins de santé et les services sociaux que dispensent des travailleurs professionnels et paraprofessionnels de formations diverses. Le réseau non structuré, qui englobe le soutien et les soins dispensés par des parents, des amis ou des bénévoles, représente plus de 80 pour 100 de l'aide reçue. Les femmes sont les plus présentes

Note au sujet de la terminologie

Pendant la période d'examen et de planification, on a employé des expressions comme celle de «soins prolongés» pour décrire les programmes et services du système. On s'est efforcé d'employer des termes plus appropriés; il reste que, dans bien des cas, on a recouru à la terminologie traditionnelle qui est, pour le moins, comprise par le grand public. On espère qu'à mesure que se dérouleront les discussions et la planification de la réforme, de nouvelles expressions apparaîtront qui soient valables, porteuses de notions positives et tiennent compte des nouvelles orientations qui s'ouvrent en matière de services.

Le réseau non structuré, qui englobe le soutien et les soins dispensés par des parents, des amis ou des bénévoles, représente plus de 80 pour 100 de l'aide reçue.

dans ce système, non seulement à titre d'utilisatrices, de parentes et de bénévoles qui offrent des soins et des services de soutien non structurés, mais aussi à titre de membres du personnel des services structurés.

Pourquoi une réforme maintenant?

L'Ontario offre un bon nombre d'excellents services de soutien et de soins de longue durée. Ces services représentent une large palette de programmes, mais ils ne sont pas intégrés dans un système de services. Les crédits affectés par la province à ces services sont considérables, soit quelque 2 milliards de dollars. Cette somme s'ajoute aux ressources assurées par les particuliers, les familles, les bénévoles ainsi que par les organismes municipaux et de bienfaisance.

L'ensemble actuel des services structurés a évolué au fil des ans et, même si ces services s'occupent fréquemment d'utilisateurs aux besoins analogues, ils sont dispensés selon des politiques, des ententes de financement et des lois différentes. On trouvera leurs principales caractéristiques à l'annexe I.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de dispositif organisé et intégré qui permettrait de planifier et de gérer ces services comme un tout. La recherche et l'obtention d'un service est souvent une tâche déroutante, illogique et interminable pour les personnes et les familles qui cherchent de l'aide.

Les attentes de la société en matière de mode de vie et d'indépendance ont évolué.

En raison de nouvelles attentes

Les attentes de la société en matière de mode de vie et d'indépendance ont évolué au cours des dernières décennies. Les bénéficiaires de services et leur famille cherchent davantage des services non institutionnels et une plus grande participation à la planification et à la gestion des services auxquels ils auront recours. Si elles disposent de services de soutien appropriés, bon nombre de personnes âgées sont en mesure de rester chez elles et de mener une vie relativement indépendante. Les services

de soutien renforcent aussi les efforts considérables accomplis par les parents, amis et voisins qui s'occupent de ces personnes.

Les personnes atteintes d'un handicap physique exigent une plus grande autonomie dans la gestion des services qui leur permettront d'être aussi indépendants que possible. Le succès du mouvement pour une vie indépendante a remis en question les notions traditionnelles de soins de santé et de réadaptation tout en sensibilisant davantage la population aux aptitudes des personnes handicapées. Il y a lieu d'améliorer et de perfectionner le système actuel de services de soutien pour permettre à toutes les personnes handicapées ou âgées de mener une vie indépendante et de participer davantage à la vie communautaire.

En raison de l'évolution de la société

L'Ontario est aux prises avec un certain nombre de pressions et de tendances qui rendent une réforme nécessaire.

Par exemple, la génération de l'explosion démographique vieillit et l'on s'attend à ce que le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans double au cours des trente prochaines années. L'augmentation sera encore plus rapide chez les personnes ayant plus de 85 ans, qui sont susceptibles d'avoir besoin d'une plus grande quantité de soins de santé et de services sociaux.

L'espérance de vie augmente pour tout le monde, y compris les personnes atteintes d'un handicap grave. Résultat : la proportion de la population ontarienne qui dépend d'une certaine forme d'assistance pour s'acquitter des tâches de la vie quotidienne ne cesse de croître.

Dans l'avenir, comme la population vieillit et que le taux de natalité reste faible, il se peut que le nombre de personnes qui s'occupent des Ontariens de plus de 85 ans diminue. Le nombre croissant de femmes travaillant hors du foyer, l'augmentation du taux de divorce et la réduction de la taille de la

Les services ontariens de soutien et de soins de longue durée doivent être prêts à relever les défis.

La demande de services augmente ainsi que les coûts de ces services.

famille contribuent également à la réduction du nombre de soignants informels. En outre, la hausse du nombre des ménages formés d'une seule personne a pour conséquence que plus de gens vivent seuls.

Les interventions médicales perfectionnées et les technologies nouvelles sauvent des vies. Résultat : il y a plus de groupes exigeant des services très particuliers, comme les personnes qui souffrent de blessures traumatiques à la tête ou qui dépendent de soutiens techniques particuliers comme des ventilateurs.

Le fait que la population ontarienne, qu'il s'agisse de bénéficiaires ou de fournisseurs de services, soit de plus en plus multiculturelle est également une tendance dont il faut tenir compte. Les services doivent répondre aux besoins et intérêts des diverses communautés culturelles de la province. Les services dispensés dans les communautés autochtones, par exemple, devraient tenir compte des traditions de ces communautés et de l'évolution de leurs responsabilités.

Les services doivent être sensibles aux besoins des Franco-Ontariens et refléter la dualité linguistique de la province.

Les services ontariens de soutien et de soins de longue durée doivent être prêts à relever les défis que représentent ces tendances sociales.

En raison de l'augmentation de la demande et du coût des services

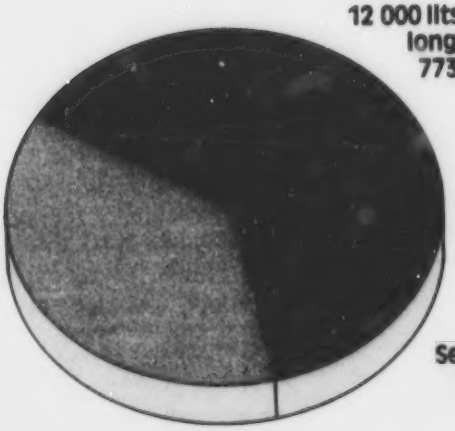
Actuellement, l'Ontario fait l'objet de graves pressions relativement à ces services.

- La demande de services augmente ainsi que les coûts de ces services.
- L'accès aux services est parfois déroutant et illogique.
- On assiste à des placements en établissement qui peuvent être évités et qui sont prématurés.

Soins de longue durée

Répartition des ressources

(En millions de dollars)



12 000 lits pour soins de longue durée
773 $ (39 %)

58 000 lits dans des maisons de soins infirmiers et dans des foyers pour personnes âgées
750 $ (38 %)

Services à domicile et communautaires
451 $ (23 %)

TOTAL : 2 milliards de dollars
selon les prévisions budgétaires de 1987-1988

- L'accès insuffisant à des services de soutien communautaires et à domicile entraîne l'utilisation excessive et inopportune de services coûteux. Par exemple, plus de 10 pour 100 des 17 000 lits d'hôpital pour soins actifs de l'Ontario sont occupés par des personnes qui, en fait, ont besoin de services de soutien et de soins de longue durée.

En résumé, les nouvelles attentes des utilisateurs, les besoins nouveaux, les tendances sociales et les pressions subies par les ressources rendent nécessaire une réforme complète des services de soutien et de soins de longue durée de l'Ontario pour préparer notre avenir.

Recommandations au gouvernement de l'Ontario

L'objectif de la réforme concorde avec les recommandations d'importants rapports soumis récemment au gouvernement de l'Ontario. Par exemple, le rapport Evans, intitulé *«La santé en Ontario : vers une orientation commune»*, fait ressortir trois thèmes : 1) renforcement du rôle de l'individu, 2) coordination et intégration des services et 3) accent sur les solutions de rechange communautaires. Deux documents intitulés *Independence and Control : Today's Dream, Tomorrow's Reality* et *Independent Living : The Time is Now* précisent des moyens d'améliorer les services de soutien de sorte qu'ils permettent aux personnes handicapées d'avoir le maximum d'indépendance et d'influence sur les services qu'elles utilisent. Les stratégies pour la réforme concordent avec ces recommandations et renforcent l'engagement de la province envers la vie indépendante précisé dans la *Proclamation de la décennie des personnes handicapées (1983-1992)*. Le document intitulé *«Nouvelles Orientations – Point d'accès unique»* fait état de la volonté de la province d'améliorer les soins de santé et les services de soutien communautaires destinés aux personnes âgées. La réforme des soins de longue durée découle de cet engagement en l'étoffant.

Le processus de la réforme

Le ministre des Services sociaux et communautaires s'est vu confier en 1989 la responsabilité première d'entreprendre la réforme des soins de longue durée, sous l'égide d'un comité de direction composé de sous-ministres adjoints et de directeurs principaux du ministère de la Santé, de l'Office des personnes âgées, de l'Office des personnes handicapées, du ministère des Services sociaux et communautaires, du Bureau du Conseil des ministres et du Conseil de gestion du gouvernement de l'Ontario. Ce comité est présidé par un sous-ministre adjoint dont le mandat englobe à la fois les soins de santé et les services sociaux.

Un groupe de travail du gouvernement provincial, qui relève du comité de direction, a examiné les programmes de soins de longue durée de la province et les programmes de services de soutien qui leur sont associés, ainsi que les résultats de nombreux rapports, études de programme et comptes rendus de recherche. Il s'est penché sur l'expérience d'autres provinces et de pays aux prises avec le même genre de défis que l'Ontario. Ce groupe s'est aussi entretenu de la réforme des soins de longue durée avec de nombreux organismes provinciaux, des utilisateurs, des groupes de défense, des fournisseurs de services et des bénévoles dans de nombreuses collectivités ontariennes.

Les premières discussions qui ont eu lieu durant l'été de 1989 dans diverses collectivités de la province ont révélé l'ampleur du soutien suscité par les grandes lignes de la réforme. Les participants ont demandé un complément d'information et l'occasion d'un débat communautaire élargi. Le présent document constitue une réponse à ces demandes et ouvre la prochaine étape du processus de consultation.

Pendant l'été et l'automne de 1990, des réunions d'organisation, d'information et de consultation communautaires auront lieu à l'échelle de la province, pour que l'on y débatte des stratégies de réforme exposées dans les sections suivantes.

La réforme des soins de longue durée a fait l'objet d'entretiens avec de nombreux organismes provinciaux, des utilisateurs, des groupes de défense, des fournisseurs de services et des bénévoles dans de nombreuses collectivités ontariennes.

Les collectivités seront invitées à établir un processus local de planification en vue d'examiner les orientations stratégiques, résoudre les problèmes locaux, constituer les modalités de collaboration nécessaires et préparer un plan de mise en oeuvre à l'échelon local.

La responsabilité des programmes de services de soutien et de soins de longue durée du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires a été confiée à un service provincial intégré, la Division des services communautaires de soutien et de santé.

Plusieurs collectivités ontariennes procèdent actuellement à un examen complet du système de santé, axé sur une large gamme de services en établissement et communautaires. Le champ de la planification des services de santé s'élargit et sous-entend une participation plus large de la collectivité. Le présent document contribuera à donner une orientation à un tel examen et à perfectionner le système communautaire de services de soins de longue durée.

La responsabilité des programmes de services de soutien et de soins de longue durée du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires a été confiée à un service provincial intégré, la Division des services communautaires de soutien et de santé. Le personnel de cette nouvelle division provient des deux ministères. Sa priorité sera de travailler en collaboration avec les collectivités et organismes locaux à la planification de la réforme.

La portée de la réforme

On ne peut planifier la réforme sans toucher aux éléments essentiels d'un système de services de soutien et de soins de longue durée. Elle a permis d'examiner de nombreux programmes et services: les foyers pour les personnes âgées, les maisons de soins infirmiers, les soins de longue durée, le Programme de soins à domicile, le Programme intégré de services d'aides familiales, le Programme de services d'auxiliaires à domicile, les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses, les services de soutien à domicile, les Centres pour personnes âgées, les programmes communautaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les programmes de soins de jour, les hôpitaux de jour, les programmes régionaux de soins gériatriques et les programmes de bénévolat.

Il a toutefois fallu imposer des limites à cette réforme. Plusieurs domaines connexes très importants n'ont pas été inclus dans le cadre de la

réforme. Il s'agit notamment des appareils et accessoires fonctionnels et des maisons de repos et de retraite.

D'autres projets, comme les organisations de médecine globale, l'Hôpital-à-domicile, les soins palliatifs, les services psychogériatriques, le logement de soutien pour les personnes âgées et les établissements de services de soutien pour les personnes handicapées sont étudiés parallèlement à la réforme elle-même.

Aspects essentiels de la réforme

Le système réformé de services de soutien et de soins de longue durée doit prendre particulièrement en considération l'hétérogénéité des cultures qui caractérise l'Ontario. Il y a lieu de déployer des efforts pour que les services soient sensibles aux soucis et intérêts des diverses communautés de la province. Examinons ces aspects de plus près.

Les **autochtones** constituent environ 2 pour 100 de la population de l'Ontario. Le gouvernement fédéral, avec le consentement des peuples autochtones, conserve la responsabilité fondamentale de la prestation de services aux autochtones. Le gouvernement de l'Ontario, toutefois, fournit et continuera de fournir, sur les réserves et en dehors d'elles, des services aux autochtones en leur qualité de résidents de l'Ontario.

Il est important que le nouveau cadre fixé pour la conception, la prestation et l'administration des services de soutien et de soins de longue durée soutienne et puisse accueillir l'évolution des Premières Nations vers l'autodétermination. La conception et la prestation des services devra reconnaître l'originalité des communautés autochtones et favoriser la protection de leur culture.

La consultation sur la réforme des soins de longue durée visera à faire participer les communautés autochtones à des tribunes précises, distinctes où elles pourront débattre de leurs idées, de leurs

La consultation sur la réforme des soins de longue durée visera à faire participer les communautés autochtones à des tribunes précises, distinctes où elles pourront débattre de leurs idées, de leurs questions et préoccupations en matière de prestation de services de soutien et de soins de longue durée.

Le gouvernement de l'Ontario encourage les organismes de service à être sensibles aux besoins en renseignements et en services des francophones de leur collectivité.

questions et préoccupations en matière de prestation de services de soutien et de soins de longue durée.

Environ 500 000 **francophones** vivent en Ontario. La *Loi de 1986 sur les services en français* reconnaît la dualité linguistique et historique de l'Ontario et l'apport de longue date des Franco-Ontariens à la province. En vertu du règlement pris en application de cette loi, le gouvernement de l'Ontario s'engage à dispenser ses services et programmes et à communiquer les renseignements les concernant en anglais et en français dans 22 régions désignées de la province.

La réforme des soins de longue durée se doit d'être sensible aux besoins en renseignements des francophones dans leurs collectivités et d'offrir une bonne prestation de services. La désignation d'organismes précis visant à offrir des services en français a déjà commencé. Les fournisseurs souhaitant offrir des services en français ont l'appui de la *Loi sur les services en français*.

Pour faire en sorte que les Franco-Ontariens participent au processus de consultation publique, on leur offrira des services de traduction, sur demande, lors des consultations menées dans les régions désignées de la province. Par ailleurs, on a publié une version en français du rapport.

On encourage les fournisseurs de services à offrir des programmes et des services que les communautés allophones peuvent utiliser.

L'Ontario est une société diversifiée sur le plan culturel qui a accueilli de nombreux **groupes ethniques**. Environ 25 pour 100 des Ontariens ne sont pas nés au Canada. La politique de multiculturalisme de l'Ontario accueille volontiers cette diversité, la reconnaît et vise à faire en sorte que les gens de toute culture et de toute race aient des chances égales dans tous les secteurs de la société. Les politiques, nominations et programmes de la province doivent s'inspirer de l'esprit de cette politique.

Le fondement et les objectifs de l'actuelle réforme complète des services soutiennent la politique multiculturelle de l'Ontario et mènent à la satisfaction des besoins des groupes ethniques.

La mise en valeur du rôle des collectivités locales dans la planification des services, l'établissement de leurs priorités et leur gestion renforce le principe selon lequel la conception doit se faire à l'échelon local si l'on veut qu'elle réponde aux besoins des populations allophones. Ces objectifs clés du processus de réforme requièrent que les groupes ethniques soient représentés et fassent des suggestions.

En résumé, les services doivent reconnaître les besoins particuliers des personnes âgées et handicapées dans toutes les communautés, notamment chez les autochtones, chez les francophones et dans les diverses communautés ethniques. Les discussions publiques qui auront lieu durant l'été et l'automne de 1990 chercheront à donner à ces communautés l'occasion d'exprimer leurs idées et leurs inquiétudes au sujet du processus de réforme.

Principes de la réforme

On a élaboré en 1989 un ensemble de principes permettant d'englober les valeurs sur lesquelles devrait reposer la réforme des services de soutien et de soins de longue durée. Ces principes, qui ont été retouchés à la suite des premières discussions avec des groupes communautaires, sont énoncés ci-dessous.

1. **Personnalisation**

   Pour venir en aide aux personnes d'une façon appropriée et souple, les services doivent être sensibles à des besoins personnels qui varient considérablement selon chacun. Ce principe se fonde sur la conviction qu'il faut reconnaître et respecter la dignité et l'originalité de chaque personne.

2. **Indépendance et choix**

   L'indépendance signifie que chaque personne est libre de décider de son genre de vie dans le cours de sa vie quotidienne; ce principe reconnaît le droit de faire des choix et de prendre des risques.

Les services doivent être conçus et dispensés de façon à respecter au maximum l'indépendance et le choix de leurs utilisateurs.

3. **Vie au sein de la communauté**

   Le système de services doit s'efforcer d'offrir des services et des options qui permettront aux gens de vivre dans leur foyer et dans leur collectivité, chaque fois que cela sera possible.

4. **Accessibilité des services**

   Le système doit offrir un point d'accès aux services qui soit facile à identifier. L'accès doit être simplifié et intégré pour qu'il puisse répondre aux besoins personnels.

5. **Soutien aux soignants informels**

   Ce principe reconnaît l'importance du rôle que jouent souvent des parents, des amis, des voisins et des bénévoles dans l'aide fournie à bon nombre de personnes. Il faut reconnaître que les services qui complètent et soutiennent la prestation non structurée de soins font partie intégrante du système de services.

6. **Planification et gestion à l'échelon local**

   Le système de services sera planifié et géré à l'échelon local en vue d'élaborer les services qui conviennent le mieux aux besoins de la collectivité. Cette planification et cette gestion des services s'insèreront dans le cadre des normes et orientations générales fixées par la province.

7. **Coût raisonnable**

   Le système de services doit être abordable dans les limites de la politique budgétaire de la province et l'on doit utiliser les ressources disponibles de façon efficace pour satisfaire les besoins. Les divers ordres de gouvernement et les utilisateurs doivent partager équitablement le coût des services.

Deuxième partie : Stratégies pour un nouveau système de services

Deuxième partie: Stratégies pour un nouveau système de services

Nous ne pouvons canaliser toutes nos énergies sur la réforme que si nous avons une conception commune de ce que sera un système de services entièrement mis au point, intégré et coordonné. Nous traiterons plus loin des stratégies d'aménagement d'un système cohérent, fondé sur les programmes et les services existants.

Nous décrivons ci-dessous six des principaux éléments que l'on considère essentiels à un système de services.

Les organismes d'accès aux services représentent une façon simple et facile pour le public d'avoir accès aux services.

1. Les **organismes d'accès aux services** représentent une façon simple et facile pour le public d'avoir accès aux services. Un organisme autorisé dans chacune des régions de la province, qui seront au nombre d'au moins 38, assurera la diffusion de renseignements, l'aiguillage, l'évaluation et la coordination des services dont le public a besoin, ainsi que les soins et les services de soutien appropriés. Cet organisme s'inspirera du succès obtenu par le Programme de soins à domicile et des Services de coordination des placements.

Le but de ces services est de permettre aux gens de demeurer dans leur propre foyer, au sein de leur collectivité, et d'être aussi autonomes que possible.

2. Les **services à domicile** sont le pivot des services structurés de soutien personnel et de soins professionnels offerts à domicile. Le but de ces services est de permettre aux gens de demeurer dans leur propre foyer, au sein de leur collectivité, et d'être aussi autonomes que possible. De tels services requièrent une attitude attentive aux besoins et à la situation de chacun. La durée des services peut varier. On peut en avoir besoin pendant une courte période après la sortie de

Les services de soutien communautaires favorisent l'autonomie et le bien-être des gens.

l'hôpital, de façon intermittente ou pendant des périodes prolongées. Dans certains cas, ces services seront offerts à des enfants dans leur milieu scolaire. Les services à domicile comprennent les programmes existants : le Programme de soins à domicile (soins actifs, soins de longue durée et visites à l'école), le Programme intégré de services d'aides familiales, le Programme de services d'auxiliaires à domicile et le Programme de services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses, et les Services de soutien à domicile.

3. Les **services de soutien communautaires** représentent une gamme étendue de services de soutien, notamment le service de repas, le service d'aide ménagère et le service d'accompagnement. Ils jouent un rôle crucial en complétant les services à domicile et autres formes de services structurés, ainsi que l'aide apportée par la famille et les amis. Par l'entremise de services de soutien communautaires, les groupes de bénévoles et d'entraide, les organismes communautaires, tels que les centres multiculturels, et les organismes religieux favorisent l'autonomie et le bien-être des gens. Par ailleurs, comme il s'agit souvent des premiers services demandés par les personnes et leur famille, ils jouent un rôle important en permettant de retarder, voir pallier, le besoin d'avoir recours à des services plus structurés.

Les services spécialisés s'occupent des besoins complexes ou particuliers de personnes qui ont besoin de compétences bien définies.

4. Les **services spécialisés** s'occupent des besoins complexes ou particuliers d'un nombre relativement restreint de personnes qui ont besoin de compétences bien définies. Ces services comprennent l'éducation, la consultation, l'évaluation et les traitements professionnels. Comme ces services spécialisés sont très rares, ils ne sont pas offerts dans toutes les régions. Cet élément du système de services comprend les programmes régionaux de soins gériatriques, les programmes d'hôpitaux de jour et les programmes de soins spécialisés de jour.

5. Le **soutien et les soins non structurés** se composent de l'assistance apportée par les familles, les amis, les bénévoles et autres soignants «informels» aux personnes qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne. Les soignants informels sont susceptibles d'avoir besoin de divers moyens de soutien, notamment de l'information concernant les maladies chroniques, des groupes d'entraide et des services de relève. Les services de soutien destinés aux soignants informels font partie intégrante d'un système de services de soutien et de soins de longue durée.

6. Les **établissements de soins de longue durée** offrent des traitements, des soins et des services de soutien aux personnes qui ont des besoins auxquels on ne peut répondre efficacement et de manière sécuritaire dans leur propre foyer. Cet élément du système de services comprend les maisons de soins infirmiers, les foyers pour personnes âgées et les établissements de soins de longue durée.

On trouvera plus loin un aperçu des stratégies nécessaires pour mettre sur pied un système cohérent fondé sur ces divers services.

Les services de soutien destinés aux soignants informels font partie intégrante d'un système de services de soutien et de soins de longue durée.

Les établissements de soins de longue durée offrent des traitements, des soins et des services de soutien aux personnes qui ont des besoins auxquels on ne peut répondre efficacement et de manière sécuritaire dans leur propre foyer.

La coordination de l'accès aux services

Dans toute la province, on désignera ou créera des organismes d'accès aux services qui feront office de points d'accès intégrés régionaux tant pour les soins à domicile que pour les soins de longue durée en établissement. Ces organismes seront chargés, au besoin, de faire l'évaluation des services de soutien communautaires, d'en assurer la coordination et de diriger vers eux les personnes qui désirent bénéficier de ces services.

Il est impératif de créer un nouveau mécanisme de coordination pour mettre sur pied un système vraiment intégré de soins de longue durée et de services de soutien. On désignera ou créera dans chaque collectivité un organisme administratif comme point d'accès, d'aiguillage, d'évaluation et de coordination pour les services de soins et de soutien du système réformé. Cet organisme d'accès aux services dirigera aussi les particuliers vers d'autres services et ressources de la collectivité.

But de l'organisme d'accès aux services

L'organisme d'accès aux services veillera à ce que les personnes qui ont besoin de soins et de services de soutien puissent, autant que possible, les recevoir dans leur propre foyer et dans leur collectivité. Il permettra l'accès à une gamme complète de services et aidera les utilisateurs à soupeser les choix et les options qui s'offrent à eux.

Si les services communautaires ne répondent pas aux besoins d'une personne, l'organisme d'accès aux services lui servira de point d'accès aux soins de longue durée en établissement (maisons de soins infirmiers, foyers pour personnes âgées, établissements de soins de longue durée). En règle générale, l'organisme d'accès aux services sera la plaque tournante des ressources et des services et permettra de diriger les ressources vers ceux qui en ont le plus besoin et qui pourront le mieux en profiter.

Le modèle de l'organisme d'accès aux services s'inspire de la notion de point d'accès unique en

tant que démarche intégrée omniservices préconisée pour la première fois dans *Orientations nouvelles*. Ce modèle desservira les personnes de tous âges dont l'autonomie est réduite en raison de la vieillesse ou d'une invalidité physique. L'examen des systèmes en vigueur dans d'autres territoires, l'analyse des pressions et des tendances qui se manifestent actuellement en Ontario et les entretiens avec les fournisseurs de services et les utilisateurs ont convaincu le gouvernement qu'une approche unifiée améliorera fortement et simplifiera l'accès aux services, permettra une utilisation complète et efficace des ressources et des solutions de rechange présentes dans les collectivités et sera le centre nerveux de la coordination du système de services.

Champ d'activité de l'organisme d'accès aux services

Certains services, tout particulièrement les services de soutien communautaires et les services de bénévoles, répondent à une large gamme de besoins personnels et ne nécessitent pas normalement d'évaluation, ni de coordination. Les utilisateurs continueront d'avoir accès à ces services directement. Toutefois, l'organisme communautaire d'accès aux services pourra fournir des renseignements à jour sur ces services et diriger les utilisateurs vers eux.

Pour les autres services, principalement les soins de longue durée en établissement et les services à domicile, il faut évaluer les besoins personnels et établir la meilleure façon de les combler.

Il faudra continuer de définir le lien entre l'organisme d'accès aux services et les services spécialisés tels que les programmes régionaux de soins gériatriques, qui seront nécessaires pour le réseau d'établissements de soins actifs et le système de soins de longue durée et de services de soutien. Pour définir ce lien, on aura recours aux consultations publiques et aux méthodes de planification de la mise en oeuvre de cet organisme.

L'accès aux soins de longue durée en établissement, aux services à domicile et à certains services spécialisés se fera par l'entremise de l'organisme d'accès aux services.

Ce que fourniront les organismes d'accès aux services

Les fonctions des organismes d'accès aux services seront les suivantes:

- s'occuper des personnes dont les noms lui sont communiqués par les utilisateurs, les soignants informels, les professionnels de la santé et les autres fournisseurs de services;
- donner des renseignements sur les services et diriger les particuliers vers d'autres services, au besoin;
- faciliter ou effectuer l'évaluation sociale et fonctionnelle, au besoin;
- établir et coordonner des programmes de services personnels avec les personnes concernées et leurs parents ou amis;
- gérer les ressources affectées à l'évaluation des besoins et à la coordination des services et acheter les services à domicile conformément aux programmes de services;
- donner accès aux soins de longue durée en établissement; et
- coordonner les listes d'attente et sérier les besoins.

Dans le cadre de la revue des besoins des Ontariens en matière d'assistance, on étudiera la possibilité de doter l'organisme d'accès aux services d'un rôle d'assistance. Il y aura lieu également d'étudier la possibilité de créer un mécanisme d'appel pour les utilisateurs.

Si besoin est, l'organisme d'accès aux services assumera d'importantes responsabilités en matière d'évaluation et de coordination des services. Le coordonnateur des services aura comme rôle de veiller à ce que les besoins des utilisateurs soient satisfaits avec toute la souplesse nécessaire au respect de leur autonomie et de leur choix.

Il existe à l'heure actuelle des éléments de cette démarche dans la gestion intégrée et les services de gestion des cas du Programme de soins à domicile, du Programme intégré de services d'aides familiales et des Services de coordination des placements dans bon nombre de collectivités. L'expérience et les compétences acquises dans le cadre de ces services représentent d'excellentes assises pour l'organisme d'accès aux services du système réformé. Il faudra définir plus précisément le lien important entre les organismes d'accès aux services et les hôpitaux de soins actifs, les responsables de l'autorisation de sortie de l'hôpital, les médecins, les programmes spécialisés et les services de santé publique, ainsi que la collaboration qui doit s'instaurer entre ces organismes et les établissements de soins de longue durée.

Une **coordination** efficace **des services** est l'une des principales fonctions des organismes d'accès aux services. Aux fins de la réforme des soins de longue durée, la coordination des services se définit comme *le processus qui aide les gens à résoudre leurs problèmes, notamment à identifier leurs besoins, à explorer les solutions et à mobiliser les services de soutien structurés et non structurés pour atteindre et maintenir la plus grande autonomie possible.*

Connue également sous le nom de gestion des cas, la coordination se fait dans divers milieux par les services sociaux et de santé de l'Ontario. Dans le cadre de la réforme des soins de longue durée de l'Ontario, la coordination des services s'inspirera de diverses méthodes maintenant utilisées dans les secteurs des services sociaux et de la santé.

La coordination des services représentera pour l'utilisateur le moyen d'obtenir les renseignements nécessaires sur les services et de se faire recommander aux services dont il a besoin. Elle sera aussi utile à d'autres points de vue : évaluation, programme de services, prise de contact avec les fournisseurs de services appropriés, sans parler du suivi et du soutien continu dont il a besoin. Elle

La coordination des services s'inspirera de diverses méthodes maintenant utilisées dans les secteurs des services sociaux et de la santé.

Les comités sur les placements en établissement doivent d'abord déterminer si la personne peut recevoir les soins appropriés à domicile.

assure également la liaison, l'échange de renseignements et la coordination entre les programmes et les services tout en favorisant l'utilisation efficace et efficiente des ressources.

Il faut que la coordination des services soit souple, afin de permettre aussi peu d'intervention qu'en a besoin la personne concernée et d'encourager les utilisateurs à participer à la planification des services.

L'une des principales responsabilités de l'organisme d'accès aux services est l'**accès aux établissements de soins de longue durée**. L'organisme mettra en place un comité sur les placements en établissement, qui étudiera toutes les demandes de placement dans des établissements de soins de longue durée. *Le comité sera chargé de veiller à ce que toutes les options de services à domicile et communautaires aient été examinées et rejetées avant d'approuver le placement.*

Le comité recrutera ses membres dans diverses disciplines. Parmi les participants qui ont de l'expérience, il y aurait lieu d'avoir un gériatre ou autre médecin, un infirmier ou une infirmière communautaire, un travailleur social, un ergothérapeute ou un physiothérapeute et un représentant des utilisateurs. *Le comité sur les placements sera le seul responsable de l'autorisation des certificats de soins de longue durée et de l'admissibilité dans les établissements.*

Il ne faut pas que le comité sur les placements en établissement enlève toute liberté de choix à l'utilisateur ou au fournisseur de services. Il doit plutôt diriger ce choix en fonction de l'urgence du besoin et de la disponibilité des ressources.

Les comités sur les placements en établissement doivent d'abord déterminer si la personne peut recevoir les soins appropriés à domicile, selon une marge de sécurité acceptable et dans les limites des ressources. Lorsqu'il étudiera une demande de placement dans un établissement de soins de longue durée, le comité prendra en compte l'évaluation, les

besoins et la volonté de l'individu, les autres options examinées, la disponibilité des services et sa connaissance des divers établissements pour déterminer si le placement dans un établissement de soins de longue durée est approprié.

On désignera un organisme promoteur de l'accès aux services dans au moins 38 régions de services.

Organisme promoteur de l'accès aux services

Les organismes promoteurs de l'accès aux services peuvent être des organismes existants ou de nouveaux organismes, *mais pas les fournisseurs de services directs actuels.* On recommandera les organismes promoteurs régionaux appropriés dans le cadre d'un processus de planification communautaire.

On élaborera les critères pour la désignation ou la sélection des organismes d'accès aux services. On tiendra compte de la capacité de l'organisme de travailler efficacement avec plusieurs fournisseurs de services, sa compétence en gestion financière et sa crédibilité au sein de la collectivité. Le personnel du Ministère et un groupe consultatif chargé de participer à la réforme élaboreront ces critères.

La responsabilité budgétaire

L'organisme d'accès aux services devra affecter des fonds à l'administration, à la coordination des services et au fonctionnement d'un comité sur les placements en établissement. En outre, il pourra se procurer des services à domicile structurés. Cette démarche est analogue à celle qui existe aujourd'hui pour les soins à domicile. On traitera à la stratégie 4 de la modification des modalités d'affectation des ressources au profit des services communautaires et de l'utilisation de ces ressources pour se procurer des services.

La responsabilité financière de l'organisme d'accès aux services comprend les services à domicile et la gestion de son propre budget de fonctionnement.

L'organisme d'accès aux services n'aura pas la charge des budgets des services de soutien communautaires, comme le service de repas et le service d'aide ménagère, ou les soins de longue durée en

établissement. La province prendra en charge le financement des services de soutien communautaires et de soins en établissement. Cependant, l'organisme d'accès aux services pourra procurer des services de soutien communautaires à ses utilisateurs.

Aspects essentiels de la réforme

La mise sur pied d'un organisme d'accès aux services dans une collectivité doit répondre aux besoins personnels et aux désirs de bon nombre d'utilisateurs de ne pas se voir imposer une évaluation ou une coordination inutile des services. Bon nombre d'utilisateurs voudront continuer de s'occuper de leurs propres services de soutien. Dans le droit fil de cette approche, il y aura lieu d'adapter l'évaluation et la coordination des services aux besoins personnels. Par ailleurs, on considère la possibilité de mettre sur pied une modalité de financement personnalisé pour les utilisateurs qui préfèrent emprunter une autre voie pour répondre à leurs besoins en matière de services.

Il faudra trouver des solutions particulières pour répondre aux problèmes posés par les grandes régions, comme le nord de l'Ontario, et les régions populeuses comme la communauté urbaine de Toronto. Il pourrait être nécessaire de redéfinir les régions de services dans le nord de l'Ontario pour permettre une représentation locale ou communautaire et une répartition équitable des ressources. Dans la communauté urbaine de Toronto, il pourrait être nécessaire d'avoir un réseau composé de plusieurs organismes d'accès aux services pour assurer une sensibilité aux besoins locaux et une coordination générale à l'échelle de l'agglomération.

À discuter

On trouvera ci-dessous divers sujets de discussion à l'échelon local pour la prochaine phase de la réforme — la consultation et la planification dans les collectivités de l'Ontario. On trouvera également d'autres sujets de discussion dans les chapitres suivants.

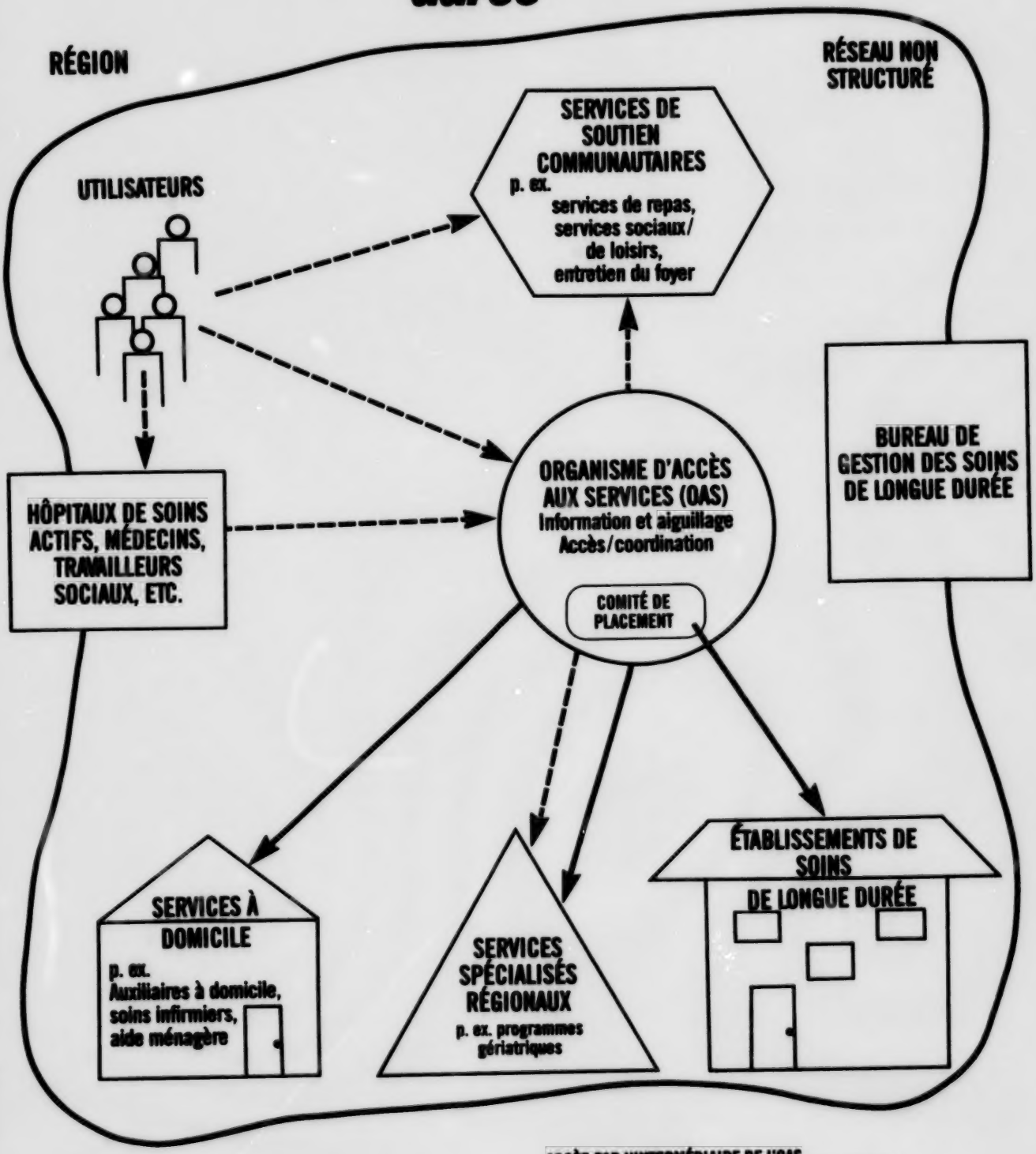
Les recommandations relatives aux organismes promoteurs pour l'accès aux services fondées sur des critères provinciaux.

Les différentes façons de mettre à l'essai les diverses modalités de financement personnalisées.

L'adaptation des organismes d'accès aux services aux régions étendues, éloignées et populeuses.

Le lien entre les organismes d'accès aux services et les fournisseurs de services comme : les établissements de soins de longue durée, les services de santé publique, les hôpitaux de soins actifs, les responsables d'autorisation de sortie d'hôpital, les médecins, les services spécialisés, notamment les programmes régionaux de soins gériatriques.

Système réformé des soins de longue durée



ACCÈS PAR L'INTERMÉDIAIRE DE L'OAS _____

AIGUILLAGE DIRECT _ _ _ _

Intégration et consolidation des services à domicile

Les programmes de soins à domicile actuels (le Programme de soins à domicile, le Programme intégré de services d'aides familiales, le Programme de services d'auxiliaires à domicile, les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses, et les services de travaux ménagers du Programme de services de soutien à domicile) seront intégrés et consolidés en un seul programme de services de soutien et de soins.

L'un des objectifs principaux de la réforme est la mise sur pied d'une gamme de services sensibles, intégrés et faciles à gérer pour venir en aide aux personnes qui ont besoin des services de soutien personnel et de soins de santé professionnels à domicile.

Objectif de la réforme

L'objectif de la consolidation est de concevoir un programme qui :

- accentue la souplesse et la sensibilité des services;
- respecte la dignité, l'autonomie et les capacités des utilisateurs et de leur famille;
- prévoit des critères d'admissibilité cohérents; favorise l'autogestion des services;
- est rentable et efficace, et a un coût raisonnable;
- utilise de façon efficace et efficiente les ressources humaines et financières;
- réduit le nombre des personnes fournissant les services à domicile en consolidant les fonctions des travailleurs où cela est possible.

Le programme répondra aux besoins à long terme et à court terme. Les enfants continueront de recevoir le soutien personnel et les soins de santé dans les écoles publiques pour leur permettre de fréquenter l'école avec leurs camarades.

Au cours de la phase d'élaboration du programme de services à domicile, on consultera les fournisseurs de services et les utilisateurs. Le débat et la consultation dans les collectivités porteront sur les

rôles des divers types de fournisseurs de services dans le cadre du programme intégré de services à domicile.

Rôle des services à domicile

Grâce aux services de soutien personnel et de soins de santé professionnels, les services à domicile pourront :

- aider les personnes qui ont subi une perte d'autonomie à participer aussi pleinement que possible à la vie communautaire;
- compléter et appuyer les efforts des membres de la famille et autres soignants informels;
- favoriser une sortie rapide de l'hôpital et prévenir la nécessité d'obtenir à nouveau des soins actifs; et
- permettre aux enfants qui souffrent de troubles fonctionnels de fréquenter l'école publique avec d'autres enfants.

Les services à domicile comprennent 1) le soutien pour les tâches de la vie quotidienne (soutien personnel) et 2) l'enseignement, la consultation et les soins de santé professionnels. Ces services pourront être rendus à domicile par des aides familiales, les préposés au service de relève, des auxiliaires à domicile, des infirmières, des thérapeutes, des nutritionnistes, des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des bénévoles. La prestation de services à domicile structurés s'articulera autour des besoins et des capacités fonctionnelles de chacun. On fait la distinction entre, d'une part, les services structurés et, d'autre part, l'aide, les soins et le soutien non structuré qu'apportent les membres de la famille, les amis et les bénévoles. On trouvera à l'annexe I une liste des services à domicile actuels.

Raisons de la réforme

Les services actuels forment l'assise du système réformé. Certains ont servi de modèles pour les pro-

Les services actuels forment l'assise du système réformé.

Un nombre croissant de personnes qui ont perdu une bonne partie de leur autonomie cherchent à demeurer dans leur foyer, mais ont de la difficulté à obtenir les services appropriés dans le cadre d'un système morcelé.

programmes futurs. Par exemple, le Programme de soins à domicile et le Programme intégré de services d'auxiliaires familiales procurent un point d'accès unique à certains services dans bon nombre de collectivités. Le Programme de services d'auxiliaires à domicile constitue un excellent modèle de services autogérés.

Il est important de reconnaître les points forts des programmes actuels. Ils ont permis à certaines personnes de sortir des établissements de soins actifs plus tôt et à un plus grand nombre de personnes âgées et handicapées de vivre à la maison. (L'âge moyen des personnes admises dans des établissements de soins de longue durée il y a 10 ans était d'environ 75 ans, tandis qu'il est de 85 ans aujourd'hui.) Les services à domicile ont mis l'accent sur l'autonomie, et on a encouragé les utilisateurs et les soignants informels à participer à l'élaboration d'un programme de services.

Toutefois, le système actuel présente un certain nombre de lacunes. Les récents examens de son fonctionnement ont fait ressortir certains problèmes liés à la prestation des services à domicile, tandis que d'autres témoignent de la difficulté grandissante de répondre à la demande toujours plus grande.

La formule du nouveau programme de services à domicile doit assurer une plus grande souplesse et sensibilité aux besoins personnels.

La **prestation des services** à domicile est prise en charge par de nombreux organismes. L'administration actuelle des services à domicile, qui se composent de plus de 750 organismes différents, est complexe et lourde. Il est difficile de faire une planification globale. Les critères d'accès et d'admissibilité prêtent à confusion et les services n'arrivent pas à répondre aux besoins complexes et changeants des personnes qui ont besoin de soutien personnel et de soins.

La **rigidité** du système actuel se retrouve dans les règles régissant la prestation des services qui, quelquefois, empêchent de satisfaire adéquatement les besoins des utilisateurs. À l'heure actuelle, bon nombre de personnes qui souffrent d'invalidité physique grave doivent faire appel à plusieurs program-

mes pour obtenir, durant le nombre d'heures nécessaire, les services qui leur permettront de vivre chez eux. Les requérants sont quelquefois obligés de subir plusieurs évaluations de suite pour bénéficier des services. Certains services, comme les soins infirmiers, sont offerts en soirée et en fin de semaine, mais la plupart ne sont offerts qu'en semaine.

La **disponibilité des services** varie. Au cours des deux dernières décennies, on a, à diverses occasions, étendu les services à domicile et les services de soutien communautaires. Il est nécessaire, toutefois, de leur apporter de nouvelles améliorations pour mettre sur pied la gamme et la quantité de services qui permettraient d'offrir une solution de rechange au placement en établissement. Les collectivités rurales ont souvent de la difficulté à trouver des organismes promoteurs appropriés. Le Programme intégré de services d'aides familiales n'est disponible que pour un tiers de la population concernée. La disponibilité des services de soutien à domicile, comme l'aide ménagère, varie grandement d'une région à l'autre de la province. La refonte des services à domicile doit permettre de multiplier les services disponibles nécessaires pour réduire les pressions sur les établissements de soins de longue durée et de soins actifs.

Le **recours aux fournisseurs de services** est un autre facteur de l'intégration et de la consolidation de services à domicile. Les provinces qui ont déjà des programmes n'offrant que l'aide ménagère, soit sans services professionnels, ont pris l'habitude d'utiliser un moins grand nombre des services professionnels les plus onéreux. Il est tout probable que l'on fera un usage plus grand de paraprofessionnels pour la prestation des services à domicile. Toutefois, l'Ontario connaît à l'heure actuelle beaucoup de difficulté à garder les auxiliaires familiales. Bien que l'on ait commencé à prendre des mesures concernant les questions de la rémunération, des avantages sociaux, de la formation, de la supervision et du fonctionnement des organismes, il ne faut pas s'arrêter là.

Aspects essentiels de la réforme

La planification de la réforme des services à domicile doit tenir compte des facteurs suivants. Tout d'abord, il faut que le programme réponde aux besoins en services à court terme et à long terme. En deuxième lieu, il faut établir de nouveaux critères d'admissibilité pour les services à domicile structurés. Il serait préférable que les critères d'admissibilité comportent les aspects suivants:

- la reconnaissance que l'admissibilité aux services doit se fonder sur le «besoin» et non pas sur l'âge, le type d'invalidité physique, le revenu ou le diagnostic;
- le respect de l'autonomie des personnes et la participation des utilisateurs et des soignants informels à la détermination des besoins et à la planification des services;
- la reconnaissance de l'importance du rôle des soignants informels et des services de soutien dont ils peuvent avoir besoin;
- la souplesse dans la planification des services personnels; l'élimination d'un des soins inappropriés ou inutiles dans les hôpitaux et dans les établissements de soins de longue durée; et
- la reconnaissance de l'importance d'une utilisation efficace et à bon escient des ressources humaines et financières.

À discuter

Le rôle des divers types de fournisseurs de services dans le cadre d'un programme intégré de services à domicile.

Les nouveaux critères d'admissibilité pour les services à domicile structurés.

Les ressources humaines et la formation nécessaires à la prestation des services à domicile.

L'autogestion des services de soutien personnel.

Les méthodes permettant d'assurer la souplesse des services à domicile et leur sensibilité aux besoins personnels.

Amélioration des services de soutien communautaires

On élaborera un cadre stratégique pour les services de soutien communautaires. On améliorera ces services et on affectera les ressources nécessaires pour combler les lacunes et desservir les régions de la province insuffisamment desservies.

Les services de soutien communautaires constituent un élément fondamental du système de soins de longue durée et de services de soutien. Ces services sont depuis longtemps chargés de procurer un soutien aux particuliers à l'échelon communautaire. Ils doivent constituer un aspect essentiel de la planification et de l'aménagement d'une réforme du système de services.

Le rôle des services de soutien communautaires

Les services de soutien communautaires répondent à un large éventail de besoins, et les consommateurs continueront d'y avoir accès directement sans devoir passer par l'organisme d'accès aux services dont il est question dans la stratégie 1. L'organisme d'accès aux services possédera, toutefois, tous les renseignements à jour sur les services de soutien communautaires et pourra y diriger les particuliers. En outre, ces organismes pourront acheter des services au nom de certains utilisateurs.

Les services de soutien communautaires complètent les services à domicile structurés et les soins non structurés apportés par la famille et les amis. Ils témoignent de la richesse du soutien que les diverses localités et groupements peuvent apporter aux membres de leur collectivité. Parmi les principaux types de services de soutien communautaires, notons: le service de repas, le service d'accompagnement, l'aide ménagère, les programmes de soins de jour non spécialisés, la promotion de la santé, les services de relève, les services de vérification, les

Les services de soutien communautaires complètent les services à domicile structurés et les soins non structurés apportés par la famille et les amis.

bénévoles au service des personnes âgées, les banques de talent de personnes âgées, les services d'information et d'aiguillage. (Voir l'annexe 1.) Ces services et bien d'autres offerts principalement par des bénévoles acquerront une importance de plus en plus grande à mesure qu'un plus grand nombre de personnes demeureront dans leur foyer et dans leur collectivité, à mesure que s'allongera l'espérance de vie et à mesure que le nombre de ceux qui peuvent s'occuper des membres de leur famille diminuera.

Bon nombre de services communautaires font appel à des bénévoles qui sont essentiels à la prestation des services, aujourd'hui et demain. La consultation et la planification se doit d'appuyer et de favoriser le bénévolat.

Les raisons de la réforme

Pour élaborer un cadre stratégique en matière de services de soutien communautaires, il y a lieu de se pencher sur un certain nombre de questions clés.

Les bénévoles ont collaboré à la viabilité des services communautaires et sont essentiels à la prestation des services, aujourd'hui et demain.

Les programmes actuels qui offrent des services de soutien communautaires ont pris forme séparément. Dans bon nombre de cas, chaque programme possède ses propres règles, méthodes de financement, critères d'admissibilité, processus de détermination des priorités et d'expansion. En général, leurs modalités de financement sont complexes.

Ces programmes, tels qu'ils sont conçus à l'heure actuelle, n'ont pas reçu de la province des directives ou des lignes de conduite unifiées pour leur expansion. Sans un cadre ou un objectif intégré, un certain nombre de problèmes se manifestent.

- La disponibilité de services de soutien communautaires n'est pas égale partout, tout particulièrement dans les régions rurales et septentrionales de la province, et dans les réserves.

- Les organismes locaux ont proliféré et bon nombre n'offrent qu'un seul type de service. Cette approche détourne les ressources vers les frais administratifs, au détriment des services.
- Des montages financiers complexes ont stimulé la concurrence entre les organismes et ont donné l'avantage à ceux qui utilisent plus d'une source de financement.
- Les utilisateurs risquent de ne plus s'y retrouver dans la multiplicité des organismes, des règles en matière de frais, des critères d'admissibilité et en raison du manque de coordination entre ces services.
- Il y a un dédoublement et une complexification sur le plan de l'administration, et il existe très peu de renseignements concernant le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires.
- Il est difficile d'assurer la qualité et l'efficacité des programmes de façon globale.

Il faut tenir compte de ces importants facteurs lors de l'intégration et de l'aménagement des services de soutien communautaires dans un système réformé. Il est également important de reconnaître que ces services proviennent de la base, sont souples et répondent aux besoins locaux. Il ne faut pas que les règlements et les lignes directrices pèsent trop lourd sur les services de soutien communautaires, mais il faut un cadre global pour donner une certaine cohésion à la planification des services communautaires. Il est nécessaire de tisser de nouveaux liens entre les fournisseurs de services de soutien communautaires et l'État pour étoffer ces services vitaux dans le cadre de la planification des services communautaires.

Aspects essentiels de la réforme

Il serait souhaitable que la planification des services de soutien communautaires soit prise en charge par l'ensemble de la collectivité, plutôt que par certains organismes, et qu'elle fasse appel aux fournisseurs actuels et éventuels de services de soutien

Il est également important de reconnaître que ces services proviennent de la base, sont souples et répondent aux besoins locaux.

Il sera nécessaire d'élaborer des lignes directrices propices à l'expansion des services de soutien communautaires.

communautaires. Les services de soutien communautaires peuvent être offerts par les établissements de soins de longue durée. Cependant, il est impératif de planifier ces services dans le cadre communautaire.

Il sera nécessaire d'élaborer des lignes directrices propices à l'expansion des services de soutien communautaires, mais il faudra d'abord consulter les fournisseurs de services et les utilisateurs. Ces lignes directrices continueront d'être un sujet de discussion important à l'échelon local. Il y aura lieu de prendre en compte les critères suivants:

- Il faudra porter une attention particulière à la création et à l'expansion de services de soutien communautaires dans les régions qui n'en ont guère à l'heure actuelle.
- Il faut donner la priorité aux services qui sont les plus sollicités, tels que les programmes de soins de jour, le service de transport, le soutien aux bénévoles et le bénévolat.
- Dans chaque collectivité, il faut mettre l'accent sur les services qui permettent aux gens de rester dans leur propre foyer, au sein de leur collectivité, et de demeurer aussi autonomes que possible.
- Dans la mesure du possible, il faut donner la priorité aux fournisseurs de services polyvalents. Par ailleurs, il faut encourager les services qui sont susceptibles d'aider les personnes handicapées non âgées tout aussi bien que les personnes âgées.

Pour faire une planification et une gestion efficaces des services locaux, il est essentiel de pouvoir surveiller les habitudes d'utilisation, ainsi que les besoins et les problèmes nouveaux dans chaque région.

Élaborer des lignes directrices propices à l'expansion des services de soutien communautaires, en mettant l'accent sur l'identification des lacunes et des régions sous-développées.

Encourager les fournisseurs de services communautaires polyvalents.

Favoriser et appuyer le bénévolat dans les collectivités.

Établissement de modalités équitables et souples de financement des services communautaires

On établira un budget local unique pour financer les services communautaires, notamment les organismes d'accès aux services, les services de soutien communautaires et les services à domicile.

On élaborera des indicateurs fiables des besoins en soins personnels et en services de soutien communautaires pour permettre de rajuster le budget local pour des services communautaires.

Le financement pour des services de soutien et des services à domicile doit être cohérent et global. Il y a lieu de se pencher sur les inconsistances actuelles qui résultent de la multiplicité des règles et des sources de financement. Il faut que le financement des services communautaires assure la souplesse nécessaire pour diriger les ressources vers les services prioritaires, selon les besoins de la localité.

Critères du financement

Il faut que les critères du financement des services communautaires soient compatibles avec les objectifs de la réforme et qu'ils répondent aux conditions suivantes:

- stimuler la prestation de services de première qualité;
- dresser un profil des besoins de la collectivité, en tenant compte du fait que ces besoins sont susceptibles de varier grandement d'une région à l'autre de l'Ontario, selon les caractéristiques de la population;
- permettre une certaine souplesse dans la répartition des ressources pour répondre aux priorités locales et provinciales dans le cadre des normes de service provinciales;

- tenir compte des frais de l'organisme d'accès aux services et fournir les ressources nécessaires pour améliorer les services à domicile et les services de soutien communautaires;
- favoriser le plus possible la simplicité administrative du système, tant pour l'État que pour les fournisseurs de services, et
- permettre de limiter les frais et d'assurer une utilisation efficace des ressources.

Cette démarche en vue de l'établissement d'un budget local unique doit tenir compte des différences actuelles qui existent entre les diverses régions de la province sur le plan du financement. Elle doit réfléter les divers niveaux de besoins en services. Une politique de financement fondée sur des indicateurs clés du niveau des besoins en services communautaires peut être rajustée en fonction de ces indicateurs.

Cette démarche permet une certaine souplesse quant à l'allocation des fonds pour les services à domicile et les services de soutien communautaires. En outre, elle permet de comparer l'utilisation des ressources dans l'ensemble de la province aux indicateurs de risque pour une population donnée.

À l'heure actuelle, l'élaboration d'une démarche en matière de financement régional qui utilise des indicateurs de risque et des profils communautaires en Ontario n'en est qu'au stade de l'ébauche. Au cours des prochains mois, il y aura lieu d'approfondir cet aspect de la réforme.

La mise en oeuvre de la politique de financement relèvera des bureaux régionaux de la Division des services communautaires de soutien et de santé, comme il est mentionné à la stratégie 9. En consultation avec les groupes locaux de planification, le directeur régional affectera les ressources aux programmes et aux services qui en ont le plus besoin. Pour s'assurer que les ressources soient affectées non seulement aux services actuels, mais également aux nouveaux services, le personnel de gestion

régional consultera les groupements communautaires dans ses efforts de planification et surveillera l'évolution des priorités sur le plan des services dans la région.

Le financement de services communautaires particuliers

La politique de financement décrite ci-dessus fixe des paramètres permettant l'affectation des ressources provinciales aux services à domicile et aux services de soutien communautaires sur une base régionale. Il faudra poursuivre les discussions avec les fournisseurs de services pour trouver la meilleure combinaison du financement par contribution des utilisateurs et du financement par affectation de crédits publics. On a déjà mis sur pied une instance de consultation pour faciliter l'élaboration d'un nouveau programme de services à domicile. Les résultats des travaux de cette instance fixeront l'orientation de règles de financement plus détaillées.

La situation actuelle

À l'heure actuelle, le financement des services communautaires est assuré par les contrats passés avec les bureaux régionaux de soins à domicile, avec le bureau régional du ministère des Services sociaux et communautaires ou avec la municipalité. Pour assurer l'uniformité des rapports avec les fournisseurs de services et afin d'offrir une rémunération équitable aux aides familiales, les deux Ministères préconisent une réduction du nombre de tarifs associés aux services d'aides familiales.

On détermine maintenant les dépenses affectées aux services communautaires d'après l'enveloppe budgétaire qui leur est affectée, les plafonds budgétaires négociés pour les services de soutien communautaires, les règlements et directives du Programme de soins à domicile et l'avis des gestionnaires des cas.

La plupart des territoires de compétence qui ont un programme de services à domicile unique ou intégré réussissent à contenir les dépenses en établissant des règles d'admissibilité bien définies et en fixant des limites quant au type de services ou à la part totale des ressources dont un particulier peut bénéficier.

Établir des indicateurs fiables favorisant la détermination des besoins en services de soutien communautaires et en services à domicile.

Départager les avantages et les inconvénients de diverses méthodes de financement des services communautaires et à domicile en fonction de leur capacité d'assurer un service de qualité, une bonne administration et un contrôle des frais.

Définition des rapports entre les services spécialisés

Il faut faire appel à la collaboration pour déterminer les rôles et les responsabilités des services spécialisés en ce qui a trait aux organismes d'accès aux services, aux services à domicile, aux services de soutien communautaires et aux soins de longue durée.

Un système de soins de longue durée et de soutien personnel se doit de faire appel à des services spécialisés pour répondre aux besoins qui sont particulièrement complexes, graves et singuliers. Certains cas exigent une connaissance spécialisée et un personnel qualifié ayant un niveau de formation que l'on ne trouve pas généralement dans les services communautaires ordinaires. Certains services spécialisés, comme ceux offerts par les programmes régionaux de soins gériatriques, favorisent la restauration, l'amélioration et le maintien de l'autonomie, afin que leurs bénéficiaires puissent retourner dans leur foyer ou y demeurer aussi longtemps que possible.

Rôle global

Cela ne peut se faire que dans une optique où les services spécialisés jouent un rôle important :

- en étant un pont entre les soins actifs à l'hôpital et la collectivité;
- en permettant aux utilisateurs de redevenir autonomes et de vivre chez eux;

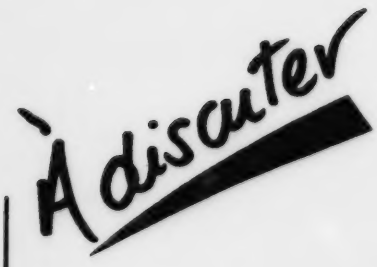
- en fournissant les compétences sur lesquelles peuvent compter les services communautaires et les soins en établissement sur le plan de la consultation, de l'évaluation et de l'aide en matière de planification des services; et
- en apportant des renseignements spéciaux aux utilisateurs, à leurs familles et amis et aux autres fournisseurs de services.

L'Ontario a mis au point les services de consultation et de traitement professionnels spécialisés qui sont essentiels au système de soins de longue durée et de services de soutien. Il y a lieu de dégager les responsabilités de ces divers éléments clés, ainsi que les rapports qui existent entre eux, pour améliorer les services aux utilisateurs et la compétence du personnel. La planification des soins de longue durée doit donc tenir davantage compte de ces rôles et de ces responsabilités.

Services spécialisés actuels

Les services spécialisés englobent l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Ils sont habituellement réservés à un nombre relativement petit de personnes qui ont des besoins particuliers ou complexes. Parmi les programmes actuels qui offrent des services spécialisés, notons les programmes régionaux de soins gériatriques, les programmes de soins de jour à l'hôpital, les programmes communautaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les services d'interprétariat et d'intervention destinés aux particuliers frappés de handicaps sensoriels. (Voir Annexe I.)

Le présent document ne fait qu'aborder le sujet des services spécialisés et n'analyse pas le rôle de ces services dans un système réformé. Il y aura lieu d'étudier cette question plus en profondeur.



Cerner les rôles et les responsabilités des services spécialisés dans le cadre d'un système de services réformé.

Amélioration du soutien aux soignants informels

On se propose d'améliorer, dans le cadre de la réforme, le soutien aux soignants informels.

Les soins non structurés offerts par la famille, les amis, les voisins et les bénévoles constituent jusqu'à 90 pour 100 de l'aide requise par les personnes ayant perdu leur autonomie. Il serait souhaitable que les services de soutien aux soignants informels fassent partie intégrante du système de services et qu'ils soient améliorés.

Comme nous l'expliquons ci-dessous, on se propose d'améliorer, dans le cadre de la réforme, le soutien aux soignants informels de quatre façons.

L'organisme d'accès aux services

Les membres et les amis de la famille tentent souvent, au nom des utilisateurs, d'obtenir des renseignements concernant les services offerts, d'obtenir les services appropriés et de faire affaire avec divers fournisseurs de services. Le nouvel organisme d'accès aux services simplifiera la tâche pour les soignants informels :

- en leur donnant l'information nécessaire sur les services et programmes locaux;
- en faisant faire une évaluation;
- en dirigeant les particuliers vers les services de soutien communautaires;
- en offrant un point d'accès unique aux services à domicile et aux soins de longue durée;
- en examinant les besoins des soignants informels;

Les soignants informels sont les parents, amis et voisins qui apportent de l'aide et un soutien à des particuliers sous forme de conseils, de surveillance ou de soins personnels.

- en faisant participer les soignants informels à la planification des services; et
- en prenant en main la coordination des services.

Les soignants informels pourront faire connaître leurs idées, leurs préoccupations et leurs besoins en matière de soutien à une même personne-ressource.

Services de soutien à domicile et communautaires

L'intégration et l'expansion progressives des services à domicile actuels permettront de mieux répondre aux besoins des soignants informels. Le soutien apporté par le programme de services à domicile comprendra l'information sur les services, la formation sur des actes précis et les services de relève. On prévoit l'expansion des services de relève dans le cadre de l'amélioration du soutien apporté aux soignants.

Bon nombre d'organismes communautaires ont mis sur pied des groupements de soutien et d'information à l'intention des soignants informels. Pour améliorer les services de soutien offerts par les organismes communautaires, on créera un cadre d'action pour les services de soutien communautaires, comme le prévoit la stratégie 3.

Les soignants informels – Qui sont-ils?

Les soignants informels sont les parents, amis et voisins qui apportent de l'aide et un soutien à des particuliers sous forme de conseils, de surveillance ou de soins personnels. On estime que l'aide apportée aux personnes qui ont besoin d'assistance ou de soutien personnel dans leurs activités quotidiennes provient, dans une proportion de 80 à 90 pour 100, de parents et d'amis.

Le soignant informel demeure souvent sous le même toit que la personne qui a besoin d'aide. Dans d'autres cas, cependant, le soignant visite régulièrement la personne qui vit seule ou dans un

établissement de soins. Lorsqu'une personne est placée dans un établissement de soins de longue durée, les soignants informels peuvent continuer de lui apporter leur aide et ont parfois besoin de services de soutien.

La plupart des handicapés physiques reçoivent de l'aide de leur famille. Cependant, un nombre croissant de handicapés physiques et de personnes âgées préfèrent ne pas compter sur les membres de leur famille.

Bien souvent, les femmes d'âge mûr prennent en charge les soins et la garde d'un enfant, d'un conjoint handicapé ou de parents âgés. Comme les hommes ont tendance à épouser des femmes plus jeunes qu'eux, ces dernières sont, plus souvent que leurs maris, obligées de prendre soin d'un conjoint âgé ou malade. Comme les gens vivent maintenant plus longtemps, il arrive qu'une septuagénaire s'occupe de son père ou de sa mère, presque centenaire.

Le rôle des soignants informels

Les soins non structurés sont multiples. Cela peut vouloir dire être un ami ou un soutien. Il peut s'agir d'obtenir des renseignements ou des services, ou de fournir des conseils sur des questions financières ou juridiques. Certains soignants informels s'occupent du ménage, du transport, de la garde d'enfants ou de relève. D'autres offrent des soins personnels, administrent des médicaments et pratiquent des actes spécialisés.

Le soutien qu'apportent les soignants informels est personnalisé et souple, et il évolue selon l'état de santé du bénéficiaire. Les services structurés peuvent assister quelqu'un dans ses activités quotidiennes, mais ne peuvent remplacer le rôle fondamental des amis et de la famille.

Dans une large mesure, ce sont les femmes qui sont la source de soins non structurés.

Contrairement à la plupart des services structurés, les soins non structurés sont offerts le soir, en fin de semaine, et sur demande.

Types de services de soutien destinés aux soignants

Quels que soient les soins qu'ils offrent ou leurs liens avec un particulier, les soignants informels ont souvent besoin d'aide pour continuer de jouer un rôle de soutien. Normalement, les soignants informels peuvent se prévaloir des services à domicile ou communautaires qui sont offerts aux utilisateurs. Par ailleurs, il existe des services de soutien, comme la consultation, l'aide provenant d'autres soignants et les services de relève, qui ont été conçus particulièrement pour les soignants informels.

Les **services de relève** destinés aux soignants donnent au parent ou à l'ami l'occasion de se reposer, d'aller faire des courses, de prendre des vacances ou de se consacrer à d'autres membres de sa famille. Ils permettent aux soignants de se reposer sur le plan physique et affectif et prennent en charge la prestation des soins, habituellement à la condition qu'on ait pris d'avance les dispositions nécessaires, mais quelquefois en cas d'urgence.

Les programmes de soins de jour pour adultes occupent les personnes âgées durant une partie de la journée pour prendre la relève des soignants principaux. Parmi les autres modèles utilisés, mentionnons les coopératives de services de relève et les familles d'accueil.

Au cours de la planification des services communautaires, il faudra discuter de la bonne utilisation des établissements de soins de longue durée comme moyen d'assurer les soins de relève en cas d'urgence et les services requis d'avance par ceux qui ne peuvent recevoir des soins à temps plein à domicile.

Les soins de services de relève sont une forme essentielle de soutien aux soignants, mais ne constituent pas la seule aide disponible. Divers organismes communautaires ou groupements offrent des **services de renseignements et de soutien**. Ils offrent des renseignements sur les services et les

ressources, ainsi que des conseils juridiques et financiers. En outre, on peut former des **groupes d'entraide** qui permettent de partager les expériences d'autrui et d'offrir un soutien, notamment dans le cas d'amis ou de parents qui souffrent de certaines affections ou maladies.

Autres considérations

Il faut envisager la prestation de certains services de soutien en dehors des heures de services normalement offertes par les programmes actuels. Ainsi, on permettra non seulement aux soignants de travailler ou de parfaire leur instruction, mais on pourra également leur prêter main-forte au cours de la soirée ou de la nuit.

Il faut que les renseignements sur les services de soutien soient éminemment accessibles. Bon nombre de soignants, tout particulièrement les conjoints qui ne sont pas au courant des services offerts, continuent de fournir des soins dans des conditions de plus en plus difficiles, jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de faire appel aux services d'un établissement.

La difficulté de s'occuper, chez elle, d'une personne qui souffre de débilité est l'une des principales raisons qui pousse à faire appel à un établissement de soins de longue durée. Il peut être nécessaire d'exercer une surveillance jour et nuit. Afin de pouvoir garder ces personnes à domicile aussi longtemps que possible, les soignants ont souvent besoin de beaucoup d'aide pour continuer de jouer leur rôle.

Il serait souhaitable que la formule des programmes de relève destinés aux soignants offre des renseignements et des conseils sur les troubles qui nécessitent des soins spécialisés, comme dans le cas de personnes qui ont besoin de soins médicaux complexes.

Définir le rôle des organismes et programmes communautaires dans le soutien offert aux soignants informels.

Cerner la bonne utilisation des établissements de soins de longue durée comme moyen d'assurer des services de relève d'urgence et de soins périodiques.

Créer des solutions de rechange innovatrices pour les services de soutien communautaires destinés aux soignants informels.

Assurer le dépistage précoce des besoins des soignants et des façons de les tenir au courant des services dont ils peuvent se prévaloir.

Réforme des établissements de soins de longue durée

La coordination des règles relatives aux maisons de soins infirmiers, aux foyers pour personnes âgées et aux établissements de soins aux malades chroniques doit assurer que ces établissements puissent répondre aux besoins d'une population en évolution.

Les établissements de soins de longue durée ont toujours été et continueront d'être un élément intégral du système de soins de longue durée et de services de soutien. Depuis toujours, les maisons de soins infirmiers, les foyers pour personnes âgées et les établissements de soins de longue durée prennent en charge des personnes dont on ne peut s'occuper de façon adéquate ou sécuritaire dans leur propre foyer et dans leur collectivité. À mesure qu'il devenait plus facile de demeurer dans sa collectivité, les établissements de soins de longue durée ont eu à prodiguer des soins à des personnes ayant des besoins plus complexes. Ils se sont montrés à la hauteur.

Tous s'entendent pour dire qu'il faut mettre sur pied un système global de services à domicile et de services de soutien communautaires et que les établissements de soins de longue durée doivent s'occuper davantage des utilisateurs qui ont un besoin plus grand de soins assidus et complexes. Pour soutenir les établissements dans ce rôle capital, il y a lieu de réformer les politiques provinciales qui les régissent, afin de pouvoir répondre à l'attente du grand public.

On n'envisage pas une croissance générale des établissements de soins de longue durée dans un pro-

che avenir. La réforme des établissements de soins de longue durée a comme priorités de veiller à ce que leurs lits soient utilisés aussi efficacement que possible et de renforcer la capacité des établissements à servir une population dont les besoins évoluent.

La coordination des règles relatives aux maisons de soins infirmiers, aux foyers pour personnes âgées et aux établissements de soins de longue durée doit assurer que ces établissements puissent répondre aux besoins d'une population en évolution.

Éléments d'une stratégie de réforme

Cette stratégie comprend les éléments suivants :

- Coordonner et gérer l'accès aux établissements de soins de longue durée par l'entremise de l'organisme d'accès aux services.
- Instituer une politique de financement des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées qui tienne compte des besoins des pensionnaires en matière de soins.
- Établir un système de classification fiable pour mesurer les besoins des pensionnaires de l'établissement en matière de soins.
- Établir des normes cohérentes de responsabilité fonctionnelle pour les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.
- Établir des normes à jour et cohérentes en matière de prestation des programmes à l'intention des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées.
- Examiner le rôle et les responsabilités des soins aux malades chroniques.

Souvent, les établissements de soins de longue durée appuient les services communautaires ou en offrent eux-mêmes. Par exemple, ils peuvent offrir des repas aux personnes qui demeurent dans la collectivité, parrainer un programme de soins de

jour ou offrir des services de relève. On planifiera ce rôle de soutien à l'échelon local conjointement avec les autres services communautaires.

Pour les résidents et leurs familles, ces nouvelles orientations des établissements de soins de longue durée dissiperont la confusion qui existe concernant l'accès aux services, établiront des priorités en fonction des besoins de chacun et augmenteront la qualité de la prestation des services et la responsabilité fonctionnelle.

Pour ce qui est des hôpitaux de soins actifs, ces réformes permettront de diriger les personnes qui ont besoin de soins assidus vers les établissements communautaires appropriés et réduiront la demande de lits pour soins actifs.

Nous abordons plus en détail ci-dessous les orientations prévues pour les établissements de soins de longue durée.

Coordonner et gérer l'accès aux établissements de soins de longue durée par l'entremise de l'organisme d'accès aux services.

Il serait préférable que les placements dans les établissements de soins de longue durée soient réservés aux personnes qui ne peuvent vivre chez elles ou dans leur collectivité.

Cette démarche s'inspire du succès et de l'expérience des Services de coordination des placements en matière d'aide apportée aux familles et aux fournisseurs de services. Il serait préférable que les placements dans les établissements de soins de longue durée soient réservés aux personnes qui ne peuvent vivre chez elles ou dans leur collectivité. En d'autres termes, les soins en établissement viseront ceux qui ont besoin de soins qui ne peuvent, qualitativement ou quantitativement, être dispensés à domicile pour la simple raison que les efforts conjugués des services non structurés et des services structurés ne peuvent assurer la sécurité de l'utilisateur.

Dans les cas où le nombre de lits est limité, cette démarche permet de tenir compte de l'urgence du cas pour déterminer l'accès aux soins en établissement. En outre, elle permet aux services communautaires d'apporter de l'aide supplémentaire aux personnes qui attendent d'être placées dans un établissement.

La stratégie 1 traite du comité sur les placements en établissement, ainsi que de son rôle et de sa responsabilité vis-à-vis des autres éléments du système. Ce comité jouera un rôle critique dans la gestion de l'accès aux soins en établissement et dans la délimitation des priorités à cet égard. La coordination des services servira de lien important entre les services communautaires et les services en établissement.

L'un des résultats évidents de cette stratégie est la disparition de la distinction actuelle entre les soins en établissement et les soins de longue durée. On planifiera l'accès aux établissements au profit des personnes qui ont besoin d'y être placées.

Instituer une politique de financement des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées qui tienne compte des besoins des pensionnaires en matière de soins.

À l'heure actuelle, chaque type d'établissement de soins de longue durée possède ses propres montages financiers. Il serait souhaitable que la formule de la nouvelle méthode de financement renforce les objectifs de la réforme et qu'elle:

- favorise la prestation de services de qualité;
- tienne compte de l'évolution des besoins des pensionnaires;
- favorise la réduction des coûts pour les établissements à but lucratif et non lucratif;
- fixe les niveaux de remboursement selon des méthodes rationnelles et simples sur le plan administratif, en fonction du niveau de soins offerts;
- veille à ce que les ressources soient utilisées pour les soins en établissement; et
- soit aussi simple que possible sur le plan administratif, tant pour les fournisseurs de services que pour l'État.

Les établissements de soins de longue durée seront subventionnés en fonction des tarifs journaliers qui

Les établissements de soins de longue durée seront subventionnés en fonction des tarifs journaliers qui englobent les frais des soins infirmiers et personnels, de prestation des programmes et de séjour dans l'établissement.

On établira un budget unique de soins personnels pour chaque établissement, en fonction de la diversité des niveaux de soins qui y sont offerts.

englobent les frais des soins infirmiers et personnels, de prestation des programmes et de séjour dans l'établissement. Les établissements auront droit au remboursement des frais engagés jusqu'à concurrence du plafond établi pour les frais des soins infirmiers et personnels et de prestation des programmes. Ils toucheront une somme fixe pour les frais de séjour et auront le droit de garder l'excédent d'exploitation dégagé par ce poste du budget, à condition de respecter les normes fixées par la province.

Le poste du budget visant les soins infirmiers et personnels englobe les soins prodigués par le personnel infirmier et autre. Le poste réservé aux programmes comprend les traitements, la consultation et l'activation. Les frais de séjour englobent les frais d'administration, d'alimentation, d'entretien ménager et d'entretien de l'immeuble.

La partie du modèle de financement relative aux **soins infirmiers et personnels** prévoit un budget distinct pour chaque établissement, qui tient compte du montant de soins dont divers pensionnaires ont besoin et qui permet à l'établissement d'offrir des soins aux personnes dont les besoins sont les plus grands. Cette méthode exige une classification qui permet de déceler de façon fiable les ressources nécessaires pour offrir des soins de base pour divers besoins. On établira un budget unique de soins personnels pour chaque établissement, en fonction de la diversité des niveaux de soins qui y sont offerts. Dans le cadre de ce budget, l'établissement aura droit à un remboursement pour ses frais, jusqu'à concurrence du total permis pour les soins personnels.

Cet élément englobe les frais liés aux soins infirmiers et aux services de soutien personnel, c'est-à-dire le temps effectivement passé à soigner le malade, ainsi que les frais indirects, comme l'établissement d'un dossier d'hospitalisation et la préparation des médicaments.

Les principaux aspects de cette méthode de financement des frais liés aux soins infirmiers et aux services de soutien personnel directs sont les suivants :

- les fonds destinés à un établissement pour les frais liés à ces soins et services seront fonction des besoins des pensionnaires de cet établissement en matière de services;
- on répartira, à l'échelle de la province, les augmentations des crédits affectés à ces soins entre les fournisseurs de services au moyen d'une classification des soins;
- pour avoir droit à un remboursement de leurs frais, les établissements seront tenus de démontrer que les fonds ont servi aux soins infirmiers et aux services de soutien personnel.

Le deuxième élément du modèle de financement proposé vise la **«prestation des programmes»** et comprend des services comme le travail social, la réadaptation, la consultation, les loisirs et les services spirituels. Chaque établissement aura droit à une indemnité journalière fixe pour ces services. On lui remboursera les frais qu'il a engagés jusqu'à concurrence du budget prévu.

Le niveau de financement sera fonction des niveaux moyens de services offerts par ces programmes. Si le gouvernement décide d'augmenter les fonds affectés aux programmes spécialisés offerts par certains établissements, comme pour les personnes qui souffrent de démence, il sera peut-être nécessaire d'examiner l'importance de ces crédits cas par cas, pour garantir la bonne affectation des ressources. Dans ces cas, on négociera le financement des programmes spécialisés séparément.

Le niveau de financement sera fonction des niveaux moyens de services offerts par ces programmes.

Le reste du budget portera sur les **«frais de séjour»**, qui englobent les frais d'administration, d'alimentation, de blanchisserie, d'entretien ménager et d'entretien de l'immeuble.

Contrairement aux postes réservés aux soins infirmiers et services de soutien personnel et à la prestation des programmes, le budget des frais de séjour

On fixera pour tous les établissements un taux journalier uniforme des frais de séjour.

sera «fixe». Bien que l'établissement soit tenu de faire état de ses dépenses, c'est ici qu'il pourra tenter d'économiser des frais. Les établissements pourront réaliser un excédent à cet égard, à condition qu'ils respectent les normes provinciales en matière de service et d'exploitation.

On fixera pour tous les établissements un taux journalier uniforme des frais de séjour. Feront exception les frais pour la nourriture non préparée, qui seront financés jusqu'à concurrence d'un plafond déterminé à l'avance. On pourra effectuer des rajustements mineurs dans ce poste du budget pour tenir compte de l'importance de l'établissement. Il faudra que les établissements démontrent qu'ils ont effectivement acheté de la nourriture avec les fonds qui leur ont été accordés pour ce poste, et ils recevront un remboursement pour ces frais jusqu'à concurrence du montant prévu au budget ou des frais effectivement engagés.

On négociera des modalités d'adaptation avec les établissements concernés pour leur permettre de modifier leurs budgets et leurs niveaux de financement en conséquence.

Le financement des établissements de soins de longue durée comprend, à l'heure actuelle, d'importantes **contributions versées par les municipalités et organismes de bienfaisance**. *Le modèle de financement décrit ci-dessus n'exclut pas ces contributions, ni toute autre contribution aux établissements.* On invite ces contributions supplémentaires, qui seront essentielles pour bon nombre d'établissements, compte tenu de leurs dépenses actuelles. *La politique de financement servira à établir sur de nouvelles bases le financement des établissements de soins de longue durée par la province et à assurer des normes de services et de soins qui soient compatibles avec les ressources disponibles.*

Le nouveau modèle de financement se distingue des méthodes de financement actuelles pour les foyers pour personnes âgées, en ne prévoyant pas de formule unique pour le partage des déficits d'exploitation entre la province et la municipalité ou l'organisme de bienfaisance qui chapeaute l'établissement. Ce changement de politique entraînera une période d'adaptation pour un certain

nombre d'établissements, selon leur budget actuel, le type de leurs pensionnaires et l'établissement de nouveaux tarifs journaliers. On négociera des modalités d'adaptation avec les établissements concernés pour leur permettre de modifier leurs budgets et leurs niveaux de financement en conséquence.

Établir un système de classification fiable pour mesurer les besoins des pensionnaires de l'établissement en matière de soins.

Le nouveau modèle de financement établit un lien direct entre les besoins des pensionnaires en soins infirmiers et en services personnels et le financement des établissements. Dans une plus large mesure, cette méthode élimine les distinctions actuelles entre les catégories de lits et les catégories d'établissements. Elle permettra donc à ces derniers de s'occuper de personnes qui ont besoin de soins plus assidus. Au fil des ans, on pourra rajuster le financement pour tenir compte de l'évolution des besoins en ressources en fonction des changements survenant dans la population de pensionnaires de l'établissement.

Ce genre de financement exige une méthode éprouvée et fiable de classification des besoins des pensionnaires en matière de soins. On a effectué une étude approfondie des systèmes de classification pertinents. L'étude a porté principalement sur les systèmes utilisés dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis, où l'on a mené des recherches poussées sur les questions relatives au financement des établissements.

On a évalué les systèmes de classification utilisés ailleurs selon divers critères, notamment la fiabilité, la validité, l'étendue des services, du contenu et de la couverture, la rigueur des méthodes de vérification sur le terrain, l'objectivité, la disponibilité des données, la facilité d'administration et l'utilité comme assise du financement. On a finalement choisi d'adapter à la situation ontarienne l'Alberta Patient Classification System, qui répond à ces critères.

Ce genre de financement exige une méthode éprouvée et fiable de classification des besoins des pensionnaires en matière de soins.

Soulignons qu'un système de classification du niveau des soins ne servira qu'aux fins du financement.

En août 1989, 10 établissements ontariens ont participé à un test de faisabilité de l'Alberta Patient Classification System, notamment un hôpital de soins de longue durée, ainsi que des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées établis en milieu urbain et rural. Cet échantillon d'établissements qui ont consenti à participer au projet de réforme ne reflétait que partiellement les établissements dans l'ensemble de la province. Néanmoins, les renseignements ont confirmé que le système albertain était un bon choix. Il faudra cependant effectuer d'autres tests avant sa mise en oeuvre pour déterminer les modifications supplémentaires qu'il sera nécessaire de lui apporter.

Soulignons qu'un système de classification du niveau des soins ne servira qu'aux fins du financement. Il servira à déterminer les meilleures modalités de répartition des ressources disponibles en soins infirmiers et en services de soutien personnel entre les divers établissements. *Il ne sera d'aucune utilité dans la sélection des pensionnaires d'un établissement ni dans la planification des soins offerts aux divers pensionnaires.* Il permettra plutôt d'établir pour chaque établissement une description de la composition de la population de pensionnaires de chaque établissement, description dont dépendra la quantité de ressources en soins infirmiers et en services de soutien personnel dont l'établissement a besoin et qu'il recevra.

Il faudra apporter d'autres modifications aux politiques pour permettre aux établissements de servir les personnes qui ont besoin de plus de soins ou qui ont besoin de soins de types différents. Par exemple, certaines politiques actuelles dépassées empêchent parfois des foyers pour personnes âgées et des maisons de soins infirmiers de ne pas s'équiper pour pouvoir prendre soin de certains pensionnaires, voire même de les accepter. Il faut s'attaquer à modifier ces politiques pour réaliser les avantages d'une politique de financement plus souple.

Afin de mettre sur pied un système provincial de classification des pensionnaires en Ontario, il faudra faire participer à la planification même les per-

sonnes qui ont acquis de l'expérience dans les établissements de soins de longue durée. On a formé une instance de consultation composée de personnes possédant des connaissances et de l'expérience dans ce domaine pour guider la mise sur pied d'un système de classification des besoins des pensionnaires adapté à l'Ontario.

Établir des normes cohérentes de responsabilité fonctionnelle pour les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.

L'intégration de la planification et de la responsabilité des établissements de soins de longue durée signifie également qu'il faut examiner de façon cohérente la question de la responsabilité fonctionnelle en ce qui a trait aux fournisseurs de services et aux ressources utilisées. En plaçant la responsabilité à l'égard du système dans un cadre de gestion unifié, on assurera une norme unique de services et une approche unique et coordonnée sur le plan de la responsabilité fonctionnelle pour les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.

La législation actuelle régissant les établissements de soins de longue durée prévoit diverses normes et exigences pour les services et divers moyens d'assurer que les foyers pour personnes âgées et les maisons de soins infirmiers, parrainés par une municipalité ou un organisme de bienfaisance, respectent la loi. Il faut que la responsabilité fonctionnelle englobe une norme unique de services pour tous les pensionnaires des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées. Il faut pouvoir assurer aux gens une norme de base en matière de services et de qualité des soins, quel que soit l'endroit où se trouve l'établissement et quelle que soit la catégorie de lits.

Les mécanismes permettant d'assurer la responsabilité fonctionnelle seront conçus de façon à assurer des normes de service bien définies. Il faut mettre en place les systèmes requis pour favoriser et promouvoir ces normes, pour suivre les résultats et pour veiller à leur mise à exécution par le biais de sanctions, si besoin est.

En plaçant la responsabilité à l'égard du système dans un cadre de gestion unifié, on assurera une norme unique de services et une approche unique et coordonnée sur le plan de la responsabilité fonctionnelle pour les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées.

Il y aura toujours des établissements de soins de longue durée à but lucratif et à but non lucratif. Il faut que ces deux types d'établissements participent à la planification à l'échelon local.

Dans la mesure du possible, il faut que ces mécanismes favorisent une prestation de services de qualité et éliminent ce qui y fait obstacle. La responsabilité fonctionnelle doit promouvoir et récompenser la gestion innovatrice et rentable des soins de longue durée. Plus l'établissement surveillera de près ses dépenses, moins grande sera la nécessité de faire appel à des inspections et à l'établissement de normes en matière de responsabilité fonctionnelle.

Il y aura toujours des établissements de soins de longue durée à but lucratif et à but non lucratif. Il faut que ces deux types d'établissements participent à la planification à l'échelon local.

La province continue de se réserver toujours le droit de planifier la répartition des lits de façon juste et équitable. Elle se chargera d'agréer les établissements de soins et déterminera la durée de cet agrément. Elle fixera les normes d'agrément et veillera à ce qu'elles soient respectées afin de protéger les intérêts du public, ce qui signifie que les établissements seront tenus de divulguer leur bilan financier et de rendre des comptes à l'État.

Établir des normes à jour et cohérentes en matière de prestation des programmes à l'intention des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées.

Il faudra examiner la prestation de programmes par les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées, à la lumière de l'évolution du groupe d'utilisateurs et des autres modifications des politiques qui sont requises pour instituer un financement fondé sur les niveaux de soins.

Par exemple, les restrictions actuelles imposées aux services pourraient fort bien être dépassées à la lumière du financement fondé sur les niveaux de soins et de la nécessité d'augmenter sensiblement la capacité d'offrir des soins assidus et des soins palliatifs dans les maisons de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées. Il y a lieu

d'élaborer des modèles de programmes pour les services de relève, les soins de convalescence et les séjours de courte durée.

Examiner le rôle et les responsabilités des soins de longue durée.

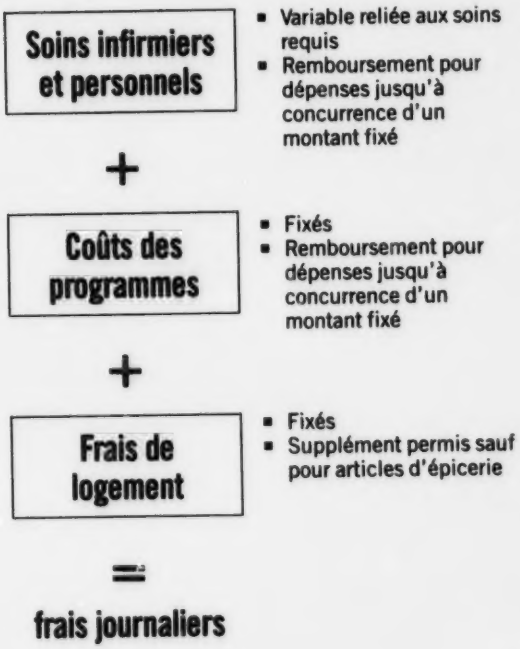
L'augmentation de la capacité des services communautaires, des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées nous force à réexaminer le rôle des hôpitaux et des unités de soins de longue durée en ce qui a trait aux soins de longue durée et aux soins actifs. La prochaine phase de la réforme prévoit une étude du rôle actuel et la planification du rôle futur des soins de longue durée. Une instance de consultation se penchera sur des questions comme les services offerts dans les établissements de soins de longue durée, la nature spéciale des soins de longue durée offerts à l'hôpital, le type de malades qui devront recevoir des soins de longue durée à l'hôpital et les types de malades qui pourront être soignés dans d'autres établissements. Il faudra entreprendre une telle étude avant même de songer à procéder à une réforme du financement des soins de longue durée.

Raisons de la réforme

Les établissements ontariens de soins de longue durée tombent sous le coup de diverses politiques et lois. Les stratégies de la réforme prévoient la coordination de la planification, des politiques et du financement des établissements pour leur permettre de fonctionner plus efficacement et de trouver des solutions aux problèmes suivants:

1. Le fait de confier à plusieurs ministères la responsabilité des établissements de soins de longue durée a fait obstacle à une planification et à une politique globales. Le financement de chaque programme est négocié séparément avec le ministère responsable. Cette approche ne permet pas de se faire une vue d'ensemble des besoins communautaires ni de mesurer les répercussions d'une décision ou d'une politique

Modèle de financement des établissements



de financement relative à un programme particulier sur les autres aspects du système. On tente de résoudre cette difficulté en formant une nouvelle division intégrée pour les soins de santé et les services sociaux, dont il sera question plus loin.

2. À l'heure actuelle, le placement dans un établissement dépend des recours aux Services de coordination des placements, ou de la recommandation d'un membre de sa famille ou de son médecin. Cette façon de procéder risque de créer de la confusion dans l'esprit des utilisateurs et de leur famille.
3. Les montages financiers actuels, qui sont fonction de la catégorie de lits plutôt que des besoins des pensionnaires, ont contribué à une utilisation inefficace des lits de soins de longue durée et à une utilisation inappropriée des lits de soins actifs.
4. Les établissements de soins de longue durée et de soins en établissement utilisent des tarifications différentes, ce qui crée de la confusion chez les pensionnaires.
5. Des politiques dépassées ou restrictives en matière de programmes sont une source de difficultés pour les personnes qui ont besoin d'être placées dans un établissement pour recevoir le type de soins dont elles ont besoin; par exemple, les foyers pour personnes âgées ne peuvent accepter des personnes qui ont besoin d'un cathétérisme ou d'oxygénothérapie.
6. Les programmes se sont dotés avec le temps de normes et d'approches différentes en matière de responsabilité fonctionnelle.

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les services communautaires.

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les coordonnateurs des services.

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux de soins actifs.

Le système de classification de niveaux de soins et son application aux établissements ontariens de soins de longue durée.

Les modèles de services de relève, de soins de convalescence et de séjour de courte durée, ainsi que ceux des services de soutien communautaires offerts par les établissements et planifiés dans le cadre de la collectivité.

Introduction d'une politique équilibrée de participation aux frais par paiements conjoints

On adoptera une politique équilibrée de frais, qui permettra de répartir équitablement le coût des services entre leurs utilisateurs et l'État. On tiendra compte, cependant, de la capacité de l'utilisateur de payer pour les services de soutien et les soins de longue durée.

Les services actuels de soins de longue durée exigent de l'utilisateur d'acquitter divers frais directs. Tout comme pour les programmes, ces frais ont évolué au fil des ans selon les différentes politiques et lois adoptées. Une étude de ces politiques de frais révèle le manque de cohérence qui caractérise les services et les programmes.

La réforme des soins de longue durée est l'occasion de mettre sur pied une politique de paiements conjoints qui soit compatible avec les objectifs des services et qui contribue à défrayer le coût de la prestation de ces services. Les gens continueront de prendre en charge la totalité ou une partie des frais de certains services. Cependant, ceux qui n'en ont pas les moyens ne seront pas tenus d'acquitter ces frais.

Critères de la politique de participation aux frais

L'apparition de nouvelles tendances et l'augmentation de la population continueront de faire grimper le coût des soins de longue durée. Il y aura toujours une certaine compétition pour les ressources entre les divers services sociaux, et entre ces services et

Il n'y aura cependant aucuns frais pour les traitements ou les soins personnels.

les autres postes du budget de l'État. *Le coût raisonnable d'un système de soins de longue durée se doit d'être réparti entre les divers ordres de gouvernement et les utilisateurs.* Ce système utilisera les ressources de façon efficace pour permettre aux gens, dans la mesure du possible, de vivre chez eux et dans leur collectivité et de recevoir les soins en établissement lorsque cela s'impose. *Il n'y aura cependant aucuns frais pour les traitements ou les soins personnels.*

Les critères particuliers d'une politique de frais compatible avec les objectifs de la réforme sont les suivants:

- promouvoir une approche cohérente et équitable en ce qui a trait aux frais exigés au titre des services communautaires et à domicile et des soins en établissement;
- contribuer à défrayer le coût des services offerts;
- être à la portée de la bourse des utilisateurs et éviter l'accumulation éventuelle des frais; et
- être facile à administrer.

La politique de paiements conjoints conciliera ces critères. Elle maintiendra ou réalisera la cohérence entre les services offerts en établissement et dans la collectivité et découragera l'utilisation de services à prix plus élevés lorsqu'ils ne sont pas nécessaires.

Afin d'établir une approche systématique et cohérente en ce qui a trait aux frais exigés des utilisateurs, la politique de frais se fondera sur les frais liés au type de services plutôt qu'aux différents programmes. L'un des principes de base de sa mise en application sera la capacité de l'utilisateur de payer pour les services.

Participation aux frais des soins en établissement

L'écart actuel entre les paiements conjoints des soins en établissement et ceux des soins de longue durée s'estompera. Chaque pensionnaire prendra en charge une quote-part des frais qui sera plus compatible avec le tarif de l'établissement pour les frais. Ces frais couvrent les frais d'administration et de gestion de l'établissement, la nourriture, les services de blanchisserie et l'entretien ménager. L'utilisateur n'aura à payer aucuns frais pour les soins infirmiers et les soins personnels, ni pour les divers éléments des programmes de l'établissement, comme les services sociaux, la réadaptation,

la consultation, les loisirs et les services spirituels.

On évaluera si l'utilisateur a les moyens de payer les frais en fonction de son revenu et de son avoir. Certains pourront payer la totalité des frais, tandis que d'autres n'en paieront qu'une partie. Chaque pensionnaire continuera d'avoir le droit de garder une partie de son revenu pour ses besoins personnels.

La nouvelle politique de participation aux frais par les pensionnaires des établissements de soins entrera en vigueur au moment de l'adoption du nouveau modèle de financement et du nouveau système d'établissement des budgets des établissements. Il y aura une période de transition. À l'heure actuelle, c'est aux établissements qui offrent les soins de déterminer si une personne a les moyens de payer pour les services. Leur expérience servira à élaborer une méthode de mise en application aussi simple que possible.

Participation aux frais des services communautaires

La politique de frais des services communautaires s'harmonisera avec la politique de paiements conjoints des soins en établissement. Selon leurs moyens, les utilisateurs prendront en charge les frais pour les services tels que le nettoyage, la cuisine, les services de blanchisserie, les courses, l'entretien ménager et les services de repas.

Selon le cas, les services à domicile comprendront les traitements, qui sont habituellement prodigués par des infirmières et des thérapeutes, et les soins et les services de soutien qui sont rendus par diverses personnes. L'aide pour le bain, la nourriture et la toilette est considérée comme une fonction de soins et de soutien personnel, tant pour les services communautaires que pour les soins en établissement. Les utilisateurs n'auront à payer aucuns frais pour les traitements, ni pour les soins et le soutien personnels.

On évaluera la capacité de l'utilisateur à payer des frais selon son revenu, et non selon son avoir. La méthode permettant d'évaluer la capacité d'une

Aujourd'hui, il y a toute une gamme de frais pour les services de soutien communautaires.

personne de payer des frais et le niveau des frais qui seront à sa charge doivent tenir compte du nombre de services dont elle a besoin et des autres dépenses qu'elle aura à engager. Il ne doit pas y avoir une multiplicité excessive de frais.

Aujourd'hui, il y a toute une gamme de frais pour les services de soutien communautaires. Les organismes de services de soutien communautaires établissent eux-mêmes leurs propres règles en matière de participation aux frais et fixent les montants demandés aux particuliers. Une politique de frais cohérente exigera de coordonner ces diverses approches avec la politique générale de participation aux frais par paiements conjoints.

Les utilisateurs auront à payer les frais pour les services de soutien communautaires selon une échelle mobile comportant des maximums mensuels liés au revenu. Les particuliers qui touchent un revenu d'environ 20 000 $ n'auront à acquitter aucuns frais pour les services. Ceux qui touchent un revenu de 20 000 $ ou plus acquitteront une partie croissante du coût des services. Seuls les particuliers touchant un revenu net de plus de 50 000 $ seront tenus de payer le plein montant des frais, comme pour le nettoyage, la cuisine, l'entretien ménager et les repas.

Raisons de la réforme

Comme pour les programmes de soins de longue durée, aucun système global n'a présidé à l'établissement des frais actuels pour les services et il n'y a eu aucune harmonisation entre les divers services. Les politiques actuelles de participation aux frais ne sont pas uniformes et ne viennent pas renforcer les objectifs d'un système de services cohérent et intégré.

Les frais pour les services en établissement varient quant à leur conception et leur fondement. Pour les soins en établissement, on évalue les besoins et les moyens et on exige des frais en fonction de la capacité de l'utilisateur d'acquitter les frais. Les frais pour les soins de longue durée sont fixes en fonction

d'un revenu garanti minimal. Les frais pour les soins en établissement sont liés au coût total du service, tandis que les frais pour les soins de longue durée ne sont pas liés au service, mais axés sur le montant minimal du revenu du particulier.

Puisque les modalités actuelles de paiements conjoints ne sont pas directement liées au coût des services, les pensionnaires et leurs familles risquent de ne pas être conscients des augmentations du coût réel des soins au fil des ans et du coût de ces soins en établissement relativement aux services à domicile et communautaires. Par ailleurs, le ticket modérateur actuel ne tient pas compte de l'augmentation de la demande des soins en établissement par suite de l'évolution démographique ou de l'évolution du revenu des personnes âgées.

Il y a des divergences analogues entre **les frais pour les soins à domicile et les frais de service de soutien communautaires**. Il arrive qu'ils ne soient pas appliqués de façon cohérente. Par exemple, les services d'aide ménagère sont gratuits s'ils sont offerts en vertu du Programme de soins à domicile, mais exigent une évaluation des besoins s'ils sont offerts par l'entremise du programme de services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses. En outre, les règles de participation aux frais varient selon les organismes qui offrent les soins à domicile. Ainsi, selon que les règles de participation aux frais sont déterminées par la province ou par l'organisme, les mêmes services ou des services analogues peuvent être gratuits ou comporter des frais différents.

Les utilisateurs risquent de ne pas être conscients du coût réel des services qu'ils reçoivent. Le rajustement des salaires des travailleurs qui offrent des services à domicile et l'augmentation prévue du nombre d'utilisateurs ayant besoin de services à domicile mettra davantage de pression sur les ressources et le coût des services.

Sommaire

Quel que soit l'endroit où elles demeurent, les personnes doivent prendre en charge les frais liés à leur vie quotidienne et à l'entretien de leur foyer. La nouvelle politique de participation aux frais par paiements conjoints tient compte de cette charge. Si les personnes qui ont les moyens de payer pour les services ne le font pas, tôt ou tard il y aura moins de services disponibles pour ceux qui en ont besoin. Bien qu'elle tienne compte de cette obligation, la politique de frais reconnaît également que tous n'ont pas les mêmes moyens de payer pour les services et veille à ce que la partie des frais revenant à l'utilisateur soit appliquée équitablement et que la prestation des services garde la priorité. Bref, la nouvelle politique résout le problème de la cherté des services en veillant à ce que ceux qui ont besoin de ces services puissent y avoir accès, qu'ils en aient les moyens ou non.

Évaluer la capacité des utilisateurs à payer pour les services de soutien.

Troisième partie:
Stratégies pour la gestion du système

Création d'un service intégré et décentralisé de gestion

On créera une division intégrée et décentralisée du ministère de la Santé et du ministère des Services sociaux et communautaires. Cette division sera chargée de la planification de la réforme et de la gestion du système des soins de longue durée.

On a mis sur pied la Division des services communautaires de santé et de soutien. Elle combine les programmes du ministère de la Santé et de celui des Services sociaux et communautaires. Ce service mixte conjugue les soins de longue durée et les services de soutien avec les services communautaires de santé.

Rôle du nouveau service de gestion

La division sera chargée de la gestion de l'élaboration de la réforme, ainsi que de la gestion continue des programmes des services communautaires de santé. Deux directions s'occuperont du fonctionnement du système de soins de longue durée. L'une d'elles sera chargée des services en établissement, tandis que l'autre s'occupera des services à domicile. Plus tard, ces fonctions centralisées seront transférées aux bureaux locaux.

La nouvelle division établira 14 bureaux locaux, dont le personnel de direction travaillera en étroite collaboration avec les organismes locaux et les conseils régionaux de santé pour préparer la mise en application de la réforme globale. La coordination des programmes, la gestion financière et le contrôle des services relèveront de ces bureaux locaux.

Comme les deux ministères ont maintenant une structure propre et des rapports différents avec les organismes, les fournisseurs de services peuvent s'attendre à une période de transition et d'ajustement. Au cours de cette période, il sera impératif que les fournisseurs de services traitent de façon constructive entre eux et avec les autorités publiques.

La décision d'établir une organisation mixte témoigne de l'importance que le gouvernement provincial accorde à la mise sur pied d'un système cohérent de soins et de services de soutien personnel communautaires, ainsi qu'aux caractéristiques inhérentes de la réforme.

Sous-ministre adjoint
Division des services communautaires de santé et de soutien

Directeur général Santé communautaire	Directeur des politiques	Directeur général des Services
▪ santé publique	▪ soins de longue durée et services de soutien	▪ services en établissement
▪ santé mentale communautaire		▪ services à domicile
▪ promotion de la santé		▪ 14 bureaux locaux
▪ santé communautaire		

On déploiera tous les efforts nécessaires pour renforcer la nouvelle structure et favoriser la collaboration avec les nouveaux bureaux locaux lors du processus de planification locale et de réforme du système. La nouvelle division veillera à ce qu'au cours de la période de transition on donne la priorité à la coordination et à la communication, sans interruption de la prestation des services.

La décision d'établir une organisation mixte témoigne de l'importance que le gouvernement provincial accorde à la mise sur pied d'un système cohérent de soins et de services de soutien personnel communautaires, ainsi qu'aux caractéristiques inhérentes de la réforme. Elle confirme la volonté du gouvernement d'être le pivot des mesures de réforme. Cette optique servira à intégrer les ressources et les programmes des deux ministères en matière de santé communautaire, d'aide personnelle et de soutien communautaire, tout en maintenant des liens étroits avec les organismes, les hôpitaux et les autres organismes de services des diverses collectivités. Cette stratégie tient compte des nombreux liens

intégraux entre les systèmes et les politiques de soins de santé et de services sociaux.

Le système de gestion décentralisé servira à maximaliser la coordination et la résolution des problèmes à l'échelon local, dans l'espoir que la réforme sache utiliser un éventail unique d'organismes et de relations dans chaque collectivité ontarienne. Le gouvernement provincial a l'intention de favoriser une plus grande gestion des services sociaux à l'échelon local. Il reconnaît, cependant, qu'il est impératif de réformer les politiques et les programmes de soins de longue durée avant d'en transférer la responsabilité à cet échelon.

Assurer une participation locale aux services de planification

Il sera essentiel de susciter la participation la plus grande des collectivités à la planification des services, à la définition des rapports futurs entre les fournisseurs de services et à l'établissement des priorités de la mise en oeuvre de la réforme à l'échelon local.

La façon dont les membres actifs de la communauté peuvent contribuer à planifier la mise en oeuvre de la réforme a été une importante question examinée dans les discussions avec des groupes communautaires pendant l'été de 1989.

Groupes de planification locale

Parmi les organismes qui participent actuellement à la planification à l'échelon local, il y a lieu de citer les conseils régionaux de santé, les bureaux régionaux du ministère des Services sociaux et communautaires, les municipalités, les conseils de planification sociale, les conseils inter-organismes, les organismes de prestation de services et les groupes d'utilisateurs. On les considère tous comme des participants permanents et actifs du processus de planification communautaire pour la réforme des soins de longue durée.

La planification a besoin d'une structure et d'un centre d'intérêt d'ordre local. Ce centre d'intérêt et la nature du processus de planification doivent toutefois être déterminés avec la collaboration du plus grand nombre au niveau local. Ils varieront nécessairement d'une région à l'autre, compte tenu des circonstances. À titre de ligne directrice fondamentale, on peut donc poser que la planification doit se fonder sur la base des efforts couronnés de succès et des points forts des organismes existants de planification locale. Étant donné l'envergure de la réforme, il est également essentiel que toute une palette de fournisseurs de services et d'utilisateurs participent à la mise en oeuvre de la réforme à l'échelon local.

Conseils régionaux de santé

Les conseils régionaux sont d'importants participants à la planification des services de santé. Ils conseillent le ministère de la Santé en matière de planification et d'élaboration de systèmes intégrés de services de santé dans leur région. On a approuvé un rôle rehaussé pour les conseils régionaux de santé, qui englobera :

- le maintien de leur rôle consultatif dans la répartition des fonds, rôle qui sera élargi pour inclure des conseils en matière d'immobilisations et de réaffectation des fonds existants;
- l'identification des besoins en ressources humaines des services locaux de santé;
- le renforcement de la planification à l'échelle de la région (au-delà des limites du district); et
- l'intégration de la planification des services de santé et des services sociaux et l'exploration de moyens permettant de coordonner la prestation des services sur le plan local.

Municipalités

La relation entre les municipalités et le ministère des Services sociaux et communautaires a été analysée dans le détail au cours des dernières années dans le cadre de l'Examen des services sociaux provinciaux-municipaux. Un aspect important de cette étude est le débat constructif permanent entre les parties pour éclaircir leurs rôles et responsabilités en matière de services sociaux.

Le rapport du Comité d'étude provincial-municipal sur les services sociaux a été publié en avril 1990. Au cours des consultations menées au sujet de ce document et de la réforme des soins de longue durée, il sera nécessaire d'examiner les possibilités en matière de planification et de financement des modes de gestion du système des services de soins de longue durée et des services de soutien personnel. Le dialogue avec les partenaires municipaux continuera à éclaircir les rôles et responsabilités en matière de prestation de services de santé et services sociaux.

Fournisseurs de services

Dans de nombreuses collectivités, les fournisseurs participent effectivement à la planification locale des services. Un conseil inter-organismes, un conseil de planification sociale, un conseil régional de santé ou un comité ou groupe de travail spécial peut fournir l'orientation nécessaire. La planification de la réforme des soins de longue durée à l'échelon local fera participer les organismes de service à divers débats ouverts et la collaboration entre les partenaires sera essentielle au succès de la réforme.

Utilisateurs

Jusqu'à présent, les échanges sur la réforme des soins de longue durée ont eu lieu avec la participation des utilisateurs et des fournisseurs des services. Le point de vue et les préoccupations des personnes qui ont recours à des services de soutien personnel et à des soins de longue durée sont essentiels à la planification de la réforme à l'échelon local. Le processus de planification à cet échelon devrait rechercher la plus grande participation des utilisateurs de services.

Conséquences sur le plan des ressources humaines

Il y aura une plus grande demande de personnel et un plus grand besoin de stratégies de formation et d'éducation pour satisfaire cette demande.

Deux aspects de la réforme complète ont d'importantes conséquences sur la planification des ressources humaines. En premier lieu, les services de soutien communautaires et à domicile prendront une plus grande importance. En second lieu, les établissements de soins de longue durée offriront des services aux personnes qui ont des besoins croissants sur le plan des soins. Résultat: il y aura une plus grande demande de personnel et un plus grand besoin de stratégies de formation et d'éducation pour satisfaire cette demande.

À mesure que la réforme progresse, il doit y avoir un surcroît de discussion et de planification pour relever ce défi. Les questions et les stratégies éventuelles décrites ci-dessus ne sont qu'une réflexion préliminaire dans ce domaine.

Disponibilité de professionnels

Actuellement, il est difficile de recruter et de conserver un nombre suffisant de professionnels dûment formés pour dispenser des services à domicile. Il faut explorer de nouvelles façons d'aborder le recrutement et la conservation des effectifs.

Le rôle changeant et central des services à domicile exigera, dans bien des cas, la compétence de professionnels pour faciliter l'évaluation et la planifica-

tion des services. À l'heure actuelle, ces fonctions sont d'ordinaire exercées par des infirmières. On prévoit que d'autres professionnels comme des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux joueront un rôle de plus en plus grand au sein des équipes de services communautaires. En outre, il se peut que le rôle du personnel infirmier évolue, mettant davantage l'accent sur l'évaluation, la planification, la supervision et la prestation de soins spécialisés. On constate en même temps la nécessité de réévaluer les services infirmiers à domicile pour déterminer les moyens qui permettraient aux infirmières auxiliaires et aux aides-infirmières d'assumer un plus grand rôle.

Par suite de l'augmentation des besoins des malades des établissements de soins de longue durée, les besoins en dotation en personnel augmenteront sur le double plan du nombre de personnes et du niveau de compétence. Ici encore, il faudra recourir davantage aux infirmières auxiliaires, aux aides-infirmières et aux aides-soignantes. Il reste qu'il faut prendre soin de rendre les services de consultation accessibles au personnel qui s'occupe de malades ayant besoin de soins complexes.

Le rapport du groupe de travail mixte sur le personnel de réadaptation s'est penché sur les moyens d'augmenter le nombre de physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et audiologues. Avec l'appui du Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé, des représentants des associations professionnelles nationales ont élaboré un document de travail sur le rôle et l'utilisation d'un personnel auxiliaire dans la réadaptation. Ils appuient le recours à des auxiliaires spécialisés dans une discipline, qui seraient formés en cours d'emploi et travailleraient sous la supervision directe de professionnels.

Salaires des aides familiales

La modicité des salaires des aides familiales a une influence directe sur l'offre de main-d'oeuvre dans ce groupe vital. Il est bien reconnu qu'il faut amé-

liorer le salaire, les conditions de travail et la formation des aides familiales si l'on veut satisfaire les demandes de services et envisager à l'avenir l'existence d'aides formées.

Formation des aides familiales / auxiliaires et autre personnel de soutien

La plupart des aides familiales ne sont pas formées avant d'être embauchées par une agence. Selon le règlement pris en application de la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses*, n'importe qui, ou presque, ayant l'expérience de la gestion d'un ménage peut être considéré comme remplissant les conditions requises pour jouer le rôle d'aide familiale. Lorsqu'une aide familiale est embauchée par une agence, sa formation consiste principalement en une orientation sur le tas. Le rapport *The Report of the International Committee on Visiting Homemaker Services* recommande que l'on exige progressivement que toutes les aides familiales aient suivi avec succès le cours d'aide ménagère, niveau II.

Une difficulté éventuelle sur la voie de la normalisation de la formation est que bon nombre d'utilisateurs forment eux-mêmes leurs aides conformément à leurs propres besoins et à leur emploi du temps. Certaines personnes handicapées ont exprimé leur crainte que le programme de formation proposé ne conduise à une professionnalisation excessive et à des soins axés sur les aspects médicaux plutôt que sur les services de soutien. Elles font remarquer que la plupart des auxiliaires travaillent à temps partiel, tandis qu'elles suivent, par exemple, des cours d'université dans un domaine sans rapport avec leur travail. Dans des cas de ce genre, il est peu probable que ces personnes veuillent suivre un cours de collège communautaire pour obtenir des titres ou des diplômes.

Étude des lois sur les professions de la santé

L'étude des lois sur les professions de la santé (ELPS) vise à élaborer de nouvelles lois sur les pro-

À l'avenir, un plus grand nombre de fournisseurs directs de services travailleront dans des locaux communautaires ou à domicile.

fessions de la santé qui définiront avec une certaine précision les fonctions qui devront être désignées comme tâches autorisées en matière de soins de santé ou «actes» qui doivent être pratiqués par des diplômés de sciences particulières de la santé. Cette nouvelle ligne de conduite comporte d'importantes conséquences pour un bon nombre de sciences de la santé et pour la prestation de services d'aide.

Actuellement, des auxiliaires peuvent pratiquer des actes que l'ELPS a désignés comme actes de santé, qui ne peuvent être le fait que de certains professionnels de la santé. Compte tenu de ce problème, on élabore des mesures visant à permettre aux auxiliaires de continuer à fournir des services appropriés. Le but de cet exercice est de faire en sorte que les modifications apportées à la loi sur les professions de la santé ne compromettent pas le désir d'une plus grande indépendance chez les personnes handicapées.

Insistance sur la collectivité dans les programmes éducatifs

La mise en valeur de services de soutien communautaires et de services à domicile exige que l'on mette davantage l'accent sur les applications et l'expérience communautaires dans tous les programmes de formation. À l'avenir, un plus grand nombre de fournisseurs directs de services travailleront dans des locaux communautaires ou à domicile. Cette réalité exige qu'on la reconnaisse et que l'on s'y prépare grâce à une formation appropriée.

Législation

Une première loi sera déposée.

La réforme des soins de longue durée touche bon nombre de lois et règlements dont l'application relève soit du ministère de la Santé, soit du ministère des Services sociaux et communautaires.

Les lois en cause sont notamment la *Loi sur les maisons de soins infirmiers,* la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos,* la *Loi sur les établissements de bienfaisance,* la *Loi sur les arrêtés extraordinaires relatifs aux établissements de santé,* la *Loi sur les services d'aides familiales et d'infirmières visiteuses,* la *Loi sur l'assurance-santé* et la *Loi sur les centres pour personnes âgées.*

Modifications requises

Il est possible de mettre en oeuvre certains aspects d'une réforme des soins de longue durée sans changer la législation actuellement en vigueur. D'autres aspects, toutefois, sont incompatibles ou en désaccord avec les lois actuelles et requièrent leur modification. D'autres aspects encore de la réforme exigeront de nouvelles lois qui accordent les pouvoirs nécessaires à la mise en oeuvre de la modification des services. En outre, certains services actuellement financés et offerts en vertu des pouvoirs de la *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires* sont touchés (par exemple, le soutien à domicile et les services d'auxiliaires à domicile). Le moment est venu de rédiger les lois pertinentes qui régiront le fonctionnement de ces services. Avant la réforme législative, les modifications du système de soins de longue durée seront mises en oeuvre, chaque fois que cela sera possible, dans le cadre des lois actuelles, notamment la *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires* et la *Loi sur le ministère de la Santé.*

Un deuxième projet de loi prévoira une loi unique et complète.

Il faudra un certain temps pour mettre la dernière main à la définition, à la conception et à la finition de l'ensemble du système de services et la mise en oeuvre se fera graduellement. La réforme législative aura lieu en deux étapes.

Une première loi sera déposée pour permettre la mise en oeuvre de nombreux éléments essentiels de la réforme des soins de longue durée tout en laissant la souplesse nécessaire pour mettre en oeuvre le nouveau système. Selon les plans actuels, un projet de loi sera déposé à l'Assemblée législative au plus tard au printemps de 1991. Il comportera un article limitant la durée de la loi.

Un deuxième projet de loi prévoira une loi unique et complète qui régira la totalité du système de soins de longue durée et de ses éléments de service. Cette loi répondra à l'étude sur le rôle des unités et hôpitaux de soins de longue durée et tiendra compte des résultats du raffinement des orientations générales, ainsi que des premières expériences auxquelles donnera lieu la mise en oeuvre du nouveau système.

Teneur des lois

La teneur des deux lois précitées dépendra des décisions fondamentales prises au cours des travaux d'élaboration et compte tenu des premiers résultats du nouveau système. La première loi traitera des organismes d'accès aux services et de leur comité de placement en établissement, des services des établissements de soins de longue durée (expressément les maisons de soins infirmiers et les foyers municipaux et de bienfaisance pour les personnes âgées) et du nouveau programme consolidé de services à domicile. Elle renfermera des articles visant les aspects suivants de la réforme :

- une déclaration d'intention ou déclaration de principes propre à orienter le fonctionnement des services, ainsi que l'interprétation et l'application de la loi et de ses règlements;
- les responsabilités sur le plan de la gestion et la délégation de pouvoirs dans le système, au moyen

d'articles visant les responsabilités en matière d'application et d'exécution de certains aspects de la loi (par exemple, l'octroi de permis aux établissements, l'approbation des budgets) et d'autres visant la délégation des responsabilités (par exemple, aux superviseurs et inspecteurs de programmes;

- la responsabilité fonctionnelle des fournisseurs de services, au moyen d'articles précisant les pouvoirs d'inspection, les exigences en matière de présentation de l'information financière et les pouvoirs de révocation des permis et des approbations;
- le rôle et les pouvoirs des organismes d'accès aux services et des comités de placement en établissement, au moyen d'articles sur la nomination des membres des comités de placement en établissement et sur leur rôle dans les admissions aux établissements de soins de longue durée;
- le pouvoir de financement, au moyen d'articles visant l'exploitation et, le cas échéant, le financement des immobilisations des organismes d'accès aux services, des établissements de soins de longue durée, ainsi que des services de soutien communautaires et à domicile;
- les droits et la protection des utilisateurs et pensionnaires, au moyen d'une déclaration des droits de tous les pensionnaires d'un établissement; et
- le pouvoir d'édicter des règlements, y compris le pouvoir de traiter plus précisément de l'un quelconque des sujets mentionnés ci-dessus.

En résumé, la première loi prévoira le mandat, les modalités de financement et le mode de direction des nouveaux services consolidés à domicile, ainsi que des organismes d'accès aux services et de leur comité de placement en établissement. Elle créera également un système cohérent et unifié de responsabilité fonctionnelle et d'administration à l'intention des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées, en plus de rendre possible une réforme de leur financement.

Quatrième partie:
Les prochaines étapes

Quatrième partie: Les prochaines étapes

Le présent document vise à articuler la prochaine phase de la réforme autour d'un processus de discussions communautaires qui examinera les orientations stratégiques, résoudra les motifs d'inquiétude, forgera des modalités de collaboration et lancera le processus de planification de la mise en oeuvre à l'échelon local.

Les sections précédentes du présent document exposent les fondements et les orientations stratégiques de la réforme des soins de longue durée, ainsi que l'intention du gouvernement de l'Ontario d'élaborer un système de services qui soit cohérent et intégré. Les prochaines étapes de la réforme sont la consultation des collectivités et la planification de la mise en oeuvre.

Consultation des collectivités

Les premières discussions sur les orientations éventuelles de la réforme ont comporté des réunions dans 16 collectivités de la province, ainsi que des rencontres avec de nombreux organismes et groupes de la province. En outre, deux organismes consultatifs ont vu le jour: un groupe consultatif sur la conception du programme, chargé de collaborer avec le groupe de travail provincial et un groupe de référence provincial très diversifié, chargé, quant à lui, de mettre son expérience et ses compétences en résolution des problèmes au service du processus de réforme.

Le présent document vise à articuler la prochaine phase de la réforme autour d'un processus de discussions communautaires qui examinera les orientations stratégiques, résoudra les motifs d'inquiétude, forgera des modalités de collaboration et lancera le processus de planification de la mise en oeuvre à l'échelon local. De concert avec les organismes de planification existants, comme les conseils régionaux de santé, les municipalités et les bureaux régionaux du ministère des Services sociaux et communautaires, les nouveaux dirigeants locaux de la Division des services communautaires de santé et de soutien coordonneront le processus de consultation des collectivités. Ce processus comprendra notamment:

- une série de réunions d'information à l'intention des utilisateurs, des fournisseurs de services et des soignants informels;

- des réunions locales axées sur des questions précises et tenues à l'intention des groupes d'utilisateurs, des fournisseurs de services, des soignants informels, des autochtones, de la communauté francophone et d'autres personnes intéressées à la réforme;
- la mise sur pied d'un processus de planification communautaire comme moyen privilégié de discussion, de planification et de résolution de questions locales;
- l'élaboration de plans communautaires pour la mise en oeuvre de la réforme.

Un bulletin de nouvelles, publié périodiquement, offrira des renseignements concernant le programme et son administration et permettra aux collectivités de partager leurs expériences relatives au processus de réforme. La nouvelle division sera dotée d'un centre de ressources qui mettra des renseignements à jour et cohérents sur la réforme à la disposition des intéressés. Les réunions et discussions avec des groupes et organismes provinciaux se poursuivront. On envisage la tenue d'une conférence provinciale comme suivi des consultations avec la collectivité en vue de résoudre les problèmes et faire connaître les succès.

Planification de la mise en oeuvre

On prévoit que le processus de consultation débouchera sur la création de comités de planification communautaire chargés d'élaborer des plans de mise en oeuvre. Il se peut que les collectivités n'aient pas atteint les mêmes stades de préparation à l'élaboration de plans et cela aura des répercussions sur le calendrier de la réforme. Voici, toutefois, une indication des étapes de la mise en oeuvre qui surviendront au cours des deux ou trois prochaines années:

Consultation et conception

- Organisation de consultations communautaires.

- Élaboration de plans de mise en oeuvre communautaire.
- Poursuite de la conception du programme et de l'élaboration des orientations générales.
- Planification d'une conférence provinciale.

Gestion

- Création de la Division des services communautaires de santé et de soutien; mise sur pied des bureaux locaux.
- Décentralisation de la responsabilité en matière de planification, de gestion budgétaire et de gestion du système
- Publication de l'avant-projet de loi.

Programmes

- Création d'organismes d'accès aux services, avec la participation des fournisseurs de services actuels.
- Création d'un programme intégré de services à domicile.
- Application du système de classification des soins aux établissements de soins de longue durée.
- Achèvement de l'étude du rôle des soins de longue durée.

Financement

- Poursuite de l'amélioration du salaire des aides familiales et du financement afférent.
- Rehaussement du financement des services de soutien communautaires et à domicile.
- Conversion à la nouvelle méthode de financement des foyers pour personnes âgées et des maisons de soins infirmiers.

Ce processus de mise en oeuvre comporte un processus local visant à encourager la discussion et la planification, ainsi qu'une structure de gestion intégrée visant à superviser la réforme des lois, des orientations générales et du financement.

Ce processus de mise en oeuvre comporte un processus local visant à encourager la discussion et la planification, ainsi qu'une structure de gestion intégrée visant à superviser la réforme des lois, des orientations générales et du financement.

Conclusion

Le présent document fournit un cadre favorisant l'étude des défis posés par le système actuel et la planification du futur système intégré de services. Toutes les parties intéressées sont invitées à examiner et à commenter ce document, et à participer à la planification communautaire qui s'étendra sur plusieurs années. La réforme des soins de longue durée ne pourra réussir sans les perceptions, l'expérience et les compétences de tous les intervenants du système. Seule notre collaboration étroite nous permettra de forger un avenir meilleur.

Annexes

Annexe I
Programmes actuels de soins de longue durée en Ontario

1. Établissements de soins de longue durée

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Foyers municipaux pour personnes âgées Ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC)	▪ offrent des soins en établissement et des soins prolongés aux personnes âgées débiles				
Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos	▪ programme en établissement, soins infirmiers et personnels, ordinairement moins de 90 minutes par jour, programmes de loisirs, activation, services spirituels, etc. ▪ programme de soins prolongés peut offrir des soins continus sous supervision d'un infirmier ou d'une infirmière, réactivation, certains soins de réadaptation, accès à des services et fournitures médicaux et activités de groupe et récréatives.) ▪ exige des examens médicaux au moins 6 mois avant l'admission	256,8 $(soins en établissement et soins prolongés) 20,7 $ (immobilisations)	86,4 $ (fonctionnement) 8,4 $ (immobilisations)	▪ selon les besoins ▪ divulgation de la situation ▪ paiements conjoints	88 foyers dans toute la province
Foyers de bienfaisance personnes âgées MSSC *Loi sur les établissements de bienfaisance*	▪ identiques aux foyers municipaux pour personnes âgées	75,6 $(soins en établissement et soins prolongés) 4,6 $ (immobilisations)		▪ selon les besoins, divulgation de la situation financière (pour les soins en établissement) ▪ paiements conjoints (pour les soins prolongés)	92 emplacements pour l'ensemble des soins en établissement et prolongés (22 foyers de bienfaisance offrent des soins en établissement, 70 fournissent les deux)

1. Établissements de soins de longue durée suite

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Maisons de soins infirmiers Ministère de la Santé (MDS) *Loi sur les maisons de soins infirmiers* *Loi sur les foyers de soins spéciaux* *Loi sur l'assurance-santé* *Loi sur les arrêtés extraordinaires relatifs aux établissements de santé* *Loi sur le ministère de la santé*	• restaure/maintient l'état de santé et la capacité fonctionnelle, en plus de combler les besoins psychosociaux. • Programme de soins de maintien axé sur la réactivation 24 heures sur 24 • Soins continus sous supervision des médecins et du personnel infirmier • Aides médicales • Certificat médical pour les soins de longue durée • Soumission directe des demandes d'admission	395,1 $		• paiements conjoints	333 foyers
Soins de longue durée MDS *Loi sur les hôpitaux publics* *Loi sur les hôpitaux privés* *Loi sur l'assurance-santé* *Loi sur le ministère de la Santé.*	• aident les personnes atteintes de maladies chroniques à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible • offrent des services de diagnostic, des soins infirmiers, une gestion médicale, des services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, des services sociaux et récréatifs, des services de nutrition, des aides mécaniques, des médicaments et des fournitures médicales • admission sur recommandation d'un médecin	743,5 $		• paiements conjoints	176 emplacements

2. Services à domicile

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Programme de soins à domicile MDS Soins actifs et de longue durée : *Loi sur l'assurance-santé* Soins à l'école : *Loi modifiant la loi sur l'éducation*	• fournit des services de santé et de soutien à des particuliers admissibles à leur domicile pour éviter ou retarder la nécessité d'une admission dans un établissement ou pour raccourcir les séjours à l'hôpital *Soins actifs* • requiert au moins un service professionnel par mois *Soins de longue durée* • recommandation d'un médecin • impossibilité de satisfaire les besoins par consultation externe • visites d'infirmières jusqu'à concurrence de 4 par jour, entérostomie, orthophonie, physiothérapie, ergothérapie, travail médico-social, consultation en nutrition, technologie respiratoire, aide ménagère limitée, services de diagnostic et de laboratoire, fournitures médicales et pansements, matériel d'hôpital et de chambre de malade, transport aux rendez-vous médicaux. *À l'école* • élèves du système scolaire public ayant des besoins particuliers sur le plan de la santé	279,5 $ (total de tous les programmes)		service de santé assuré	38 conseils locaux dans toute la province
Programme de services d'aides familiales MSSC (administré par le Programme de soins à domicile, MDS)	• offre des services à domicile aux personnes âgées et aux adultes handicapés • soutient le rôle des soignants (famille, amis)	34,8 $		Aucun	18 conseils de soins à domicile sur 38

2. Services à domicile suite

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires	▪ planification et offre de repas ▪ préparation des repas et de régimes particuliers ▪ nettoyage ▪ lessive ▪ soins personnels				
Programme de soutien à domicile (soins ménagers) MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ garder les personnes âgées dans leur collectivité en leur offrant un soutien à domicile et des soins ménagers	($ en vertu des services de soutien communautaires)			
Services d'auxiliaires à domicile MSSC – soins ménagers MDS – soins infirmiers *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ offrent des services de soins ménagers et de soins infirmiers à des personnes chez elles ▪ assurent la planification, l'offre de repas, la préparation de régimes particuliers, le nettoyage léger, lourd et saisonnier, la lessive, l'habillage et le bain) ▪ les infirmières fournissent des soins de santé à la demande du médecin ▪ pas de besoin médical pour les soins ménagers	15,3 $	3,5 $	▪ selon les besoins pour les soins ménagers ▪ aucun	programme municipal discrétionnaire
Services d'auxiliaires à domicile MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ fournissent des services auxiliaires à domicile à des personnes handicapées ▪ pas de besoin médical ▪ jusqu'à concurrence de 90 heures (120 dans des circonstances particulières) de service personnel par mois	6,1 $		▪ aucun	43 auxiliaires à domicile

3. Services de soutien communautaires

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Programmes de bénévoles MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ principe du bénévolat ▪ offrent aux personnes âgées des renseignements sur les ressources, des recommandations et de l'aide ▪ 2 programmes : le Service de bénévolat des personnes âgées (SBPA), banque de talents de personnes âgées	0,4 $			
Programme de soutien à domicile MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ conserver les personnes âgées dans la collectivité ▪ entretien du foyer, service de repas, transport accompagné, repas en groupe, visites amicales, vérification de sécurité, programmes de jour et service de relève ▪ renseignements et recommandations ▪ pas de besoin médical ni d'évaluation officielle	32,6 $	4,7 $	aucun	▪ discrétionnaire ▪ inégale ▪ 430 organismes
Programmes de jour MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ activités de groupe et récréatives ▪ offerts par des organismes religieux, ethniques et autres	pas disponible			75 programmes
Centres pour personnes âgées MSSC *Loi sur les centres pour personnes âgées*	▪ offrent des activités de groupe, récréatives et culturelles à des personnes âgées qui viennent dans ces centres de jour ▪ certains centres offrent des services de soutien à domicile ▪ sous l'égide de municipalités ou d'organismes de bienfaisance à but non lucratif	4,1 $ (fonctionnement) 1,1 $(immobilisations)		Aucun	182 centres

4. Programmes spécialisés

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Programmes d'hôpital de jour MDS *Loi sur l'assurance-santé* (financement)	▪ offrent un local ambulatoire pour une évaluation multidisciplinaire ou une réadaptation ou une réactivation de courte durée visant à permettre à la personne âgée de rester dans la collectivité ▪ programmes d'une journée entière ou d'une demi-journée ▪ soins infirmiers et supervision, ergothérapie, physiothérapie ▪ activités récréatives, repas ▪ orthophonie, travail social, éducation sur la santé, soins de la nutrition, soins personnels, chiropodie, services de recommandation ▪ sur recommandation d'un médecin pour les personnes dont l'état de santé est médicalement stable et qui ne requièrent que quelques heures de traitement	7,5 $ budget de fonctionnement estimatif 1989–1990			35 emplacements pour toute la province, soit 536 places
Programme régional de soins gériatriques MDS *Loi sur l'assurance-santé* *Loi sur les hôpitaux publics*	▪ aider les personnes âgées à vivre de façon autonome et éviter un placement inutile ou inopportun dans un établissement ▪ aiguillage à niveaux multiples ▪ évaluation multidisciplinaire ▪ les unités d'évaluation régionales offrent des soins de santé communautaires, soins de santé mentale, soins de longue durée (réadaptation et soins prolongés), soins d'urgence et actifs, lits en clinique externe, lits de soins psychiatriques gériatriques, lits de soins de longue durée	8,1 $			3 programmes : Ottawa, Hamilton, Toronto (2 sont à l'étude : Kingston et London)

4. Programmes spécialisés suite

Nom du programme/Ministère	But du programme/Description des services	Dépenses 1988/1989 (en millions de dollars)	Contrib. municipale	Test financier	Disponibilité
Services de soutien communautaires (maladie d'Alzheimer) *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires* MSSC	▪ offrent un soutien aux personnes atteintes de démence (p. ex. maladie d'Alzheimer) et aux soignants informels ▪ programme de jour, services de relève, consultation et formation des soignants informels	5,5 $		aucun	60 programmes
Services aux personnes aux facultés affaiblies MSSC *Loi sur le ministère des Services sociaux et communautaires*	▪ permettre aux personnes dont les facultés auditives et visuelles sont affaiblies de mener la vie la plus autonome possible ▪ évaluation professionnelle ▪ formation à la mobilité, formation à d'autres formes de communication, orientation dans de nouveaux milieux et utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels ▪ soutien permanent grâce à des interprètes, intervenants et autres travailleurs qualifiés	12 $ (prévisions de 1987–1988)			

Annexe II
Liste des stratégies et des sujets de discussion

Stratégie 1 : La coordination de l'accès aux services

Les recommandations relatives aux organismes promoteurs pour l'accès aux services fondées sur des critères provinciaux.

Les différentes façons de mettre à l'essai les diverses modalités de financement personnalisées.

L'adaptation des organismes d'accès aux services aux régions étendues, éloignées et populeuses.

Le lien entre les organismes d'accès aux services et les fournisseurs de services comme : les établissements de soins de longue durée, les services de santé publique, les hôpitaux de soins actifs, les responsables d'autorisation de sortie d'hôpital, les médecins, les services spécialisés, notamment les programmes régionaux de soins gériatriques.

Stratégie 2 : Intégration et consolidation des services à domicile

Le rôle des divers types de fournisseurs de services dans le cadre d'un programme intégré de services à domicile.

Les nouveaux critères d'admissibilité pour les services à domicile structurés.

Les ressources humaines et la formation nécessaires à la prestation des services à domicile.

L'autogestion des services de soutien personnel.

Les méthodes permettant d'assurer la souplesse des services à domicile et leur sensibilité aux besoins personnels.

Stratégie 3 : Amélioration des services de soutien communautaires

Élaborer des lignes directrices propices à l'expansion des services de soutien communautaires, en mettant l'accent sur l'identification des lacunes et des régions sous-développées.

Encourager les fournisseurs de services communautaires polyvalents.

Favoriser et appuyer le bénévolat dans les collectivités.

Stratégie 4 : Établissement de modalités équitables et souples de financement des services communautaires

Établir des indicateurs fiables favorisant la détermination des besoins en services de soutien communautaires et en services à domicile.

Départager les avantages et les inconvénients de diverses méthodes de financement des services communautaires et à domicile en fonction de leur capacité d'assurer un service de qualité, une bonne administration et un contrôle des frais.

Stratégie 5 : Définition des rapports entre les services spécialisés

Cerner les rôles et les responsabilités des services spécialisés dans le cadre d'un système de services réformé.

Stratégie 6: Amélioration du soutien aux soignants informels

Définir le rôle des organismes et programmes communautaires dans le soutien offert aux soignants informels.

Cerner la bonne utilisation des établissements de soins de longue durée comme moyen d'assurer des services de relève d'urgence et de soins périodiques.

Créer des solutions de rechange innovatrices pour les services de soutien communautaires destinés aux soignants informels.

Assurer le dépistage précoce des besoins des soignants et des façons de les tenir au courant des services dont ils peuvent se prévaloir.

Stratégie 7: Réforme des établissements de soins de longue durée

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les services communautaires.

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les coordonnateurs des services.

Les liens entre les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux de soins actifs.

Le système de classification de niveaux de soins et son application aux établissements ontariens de soins de longue durée.

Les modèles de services de relève, de soins de convalescence et de séjour de courte durée, ainsi que ceux des services de soutien communautaires offerts par les établissements et planifiés dans le cadre de la collectivité.

Stratégie 8: Introduction d'une politique équilibrée de participation aux frais par paiements conjoints

Évaluer la capacité des utilisateurs à payer pour les services de soutien.

Stratégie 9: Création d'un service intégré et décentralisé de gestion

Stratégie 10: Assurer une participation locale aux services de la planification

Annexe III
Références

Alberta Department of Hospitals and Medical Care. *Alberta Patient Classification System for Long Term Care Facilities (Final Report).* Edmonton, janvier 1988.

Association of Municipalities of Ontario, Ontario Municipal Social Services Association et ministère des Services sociaux et communautaires. *Rapport du Comité d'étude provincial-municipal sur les services sociaux.* Toronto, 1990.

Attendant Care Action Coalition. *Options for Independent Living Assistance.* 1986.

Ministre de la Santé et ministre responsable des Personnes âgées de la Colombie-Britannique. *Towards a Better Age: Strategies for Improving the Lives of Senior British Columbians.* Victoria, 1989.

Brody, E. M. «Women in the Middle and Family Help to Older People», *The Gerontologist.* Vol. 21, n° 5, 1981, p. 471-480.

L'Association médicale canadienne, Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé. *La santé: Une réorientation nécessaire* (Rapport Watson). Ottawa, 1985.

Caregivers Support Group of the Penticton & District Retirement Complex. *A Support Group for Caregivers: A Guide for Starting A Group in Your Community.* Penticton.

Centre for Research & Education in Human Services. *Independence and Control: Today's Dream, Tomorrow's Reality, Review of Social Support Needs of Adults with Physical Disabilities in Ontario* (Rapport Lord). Ministère des Services sociaux et communautaires, Toronto, février 1988.

Chappell, N. L. et L. W. Guse. «Linkages Between Informal and Formal Support», *Aging, Stress and Health.* K. S. Markides et C. L. Cooper (éd.), John Wiley & Sons, Chichester, New York 1989.

Doty, P. «Family Care of the Elderly: The Role of Public Policy», *The Milbank Quarterly.* Vol. 63, n° 1, 1986, p. 34-75.

Canada, Conseil économique du Canada. *Troisième âge et soins de santé – Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé.* Ottawa, 1986.

Office des personnes âgées, et The United Senior Citizens of Ontario. *Elderly Residents in Ontario, An Overview.* Toronto, septembre 1985.

Sous-comité fédéral-provincial sur les soins prolongés. *Description of Long Term Care Services in Provinces and Territories of Canada* (Rapport final). Ottawa, septembre 1988.

Office des personnes âgées. Nouvelles Orientations. *Services de santé et services sociaux à l'intention des personnes âgées.* Toronto, 1986

Gouvernement de l'Ontario. *La santé pour tout l'Ontario: Rapport du groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario* (Rapport Spasoff). Toronto, 1987.

Gouvernement de l'Ontario. *Proclamation de la décennie des personnes handicapées* (1983-1992). Toronto, 1983.

Gouvernement de l'Ontario. *Questions relatives à la promotion de la santé en Ontario: Un rapport du groupe consultatif du ministre sur la promotion de la santé* (Rapport Podborski). Toronto, 1987.

Gouvernement de l'Ontario. *La santé en Ontario: Vers une orientation commune* (Rapport Evans). Toronto, 1987.

Programme des soins à domicile de la communauté urbaine de Toronto. *Visiting Hours: Issues in Home Care.* Toronto, 1989.

Institute for Health Care Facilities of the Future. *Aging – Future Health Care Delivery.* Ottawa, 1986.

Kane, R. A. et R. L. Kane. *Long Term Care: Principles, Programs and Policies.* Springer Publishing Company, New York, 1987.

Kane, R. L. et R. A. Kane. *What the United States Can Learn from Canada about Caring for the Elderly: A Will and a Way.* Columbia University Press, New York, 1985.

Manitoba Long Term Care Programs Division, Office of Continuing Care Personal Care Home Program. *Continuing Care Program.* Winnipeg, 1988.

Ministère des Collèges et Universités, ministère de la Santé et Conseil des Universités de l'Ontario. *Report of the Joint Working Group on Rehabilitation Manpower.* Toronto, avril 1988.

National Association of Friendship Centres. *Completing the Circle, Voices... The Words and Vision of Disabled Aboriginal People,* A Report on the Abilities Conference. Ottawa, 1988.

Conseil consultatif de l'Ontario sur les personnes handicapées. *Le moment est venu d'être autonome.* Toronto, 1988.

Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. *Vieillir ensemble: une enquête sur les attitudes face au vieillissement dans le contexte multiculturel de l'Ontario.* Toronto, 1988-1989.

Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires. *Plan général.* Toronto, 1990.

Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires. *Evaluation of the Outreach Attendant Care Programs.* Toronto, août 1986.

Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires. *Contexte social de demain – Tendances et répercussions.* Toronto, mars 1989.

Ontario, ministère des Services sociaux et communautaires. *Report of the Interministerial Committee on Visiting Homemaker Services.* Toronto, juin 1988.

Ontario, ministère de la Santé. *Décider de l'avenir de nos soins de santé – Une série d'études et de discussions à l'intention du public.* Toronto, 1989.

Conseil du premier ministre sur la santé. *Passons à l'action: Rapport du Comité consultatif sur le système de santé.* Toronto, 1989.

Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. *Women in Caregiving Occupations (Consultation Report).* Toronto, octobre 1989.

Price Waterhouse. *Integrated Homemaker Review Final Report.* Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, Toronto, mars 1989.

Price Waterhouse. *Étude opérationnelle du Programme de soins à domicile de l'Ontario.* Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto, novembre 1988.

Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. «Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec», *Livre blanc du Québec sur la santé et les services sociaux.* Québec, avril 1989.

Rachlis, M. et C. Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health Care System.* Collins, Toronto, 1989.

Shapiro, E. «Who is Really at Risk of Institutionalization?», *The Gerontologist.* Vol. 28, n° 2, avril 1988, p. 237-245.

Shields, C. *Co-ordination and Case Management of Services to Ontario's Elderly.* Human Services Consultants, avril 1987.

Shields, C. Connections: *A Flexible Resource Program for Frail Elderly Persons.* Human Services Consultants, avril 1988.

Canada, Statistique Canada. *Enquête sur la santé et les limitations d'activité.* Ottawa, 1986.

Secrétariat de la Condition des personnes handicapées. *Obstacles* (rapport du Comité spécial concernant les invalidités des handicapés, comportant des recommandations et évaluant les progrès accomplis). Ottawa, 1985.

Teasdale Sherk Group. *Issues in Home Support – Report for the Ontario Home Support Association.* Juillet 1988.

Weissert, W. G., C. M. Cready et J. E. Pawelak. «The Past and Future of Home-and Community-based Long-term Care», *The Milbank Quarterly.* Vol. 66, n° 2, 1988, p. 309-388.